

Année 1968

THÈSE

N° 461

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

(Diplôme d'État)

PAR

BAILLET Bernard, Yves

né le 3 Décembre 1943 à PARIS 14e

Présentée et soutenue publiquement le

CONTRIBUTION A UNE ETUDE HISTORIQUE
CLINIQUE ET NOSOGRAPHIQUE
DU CONCEPT DE DEPRESSION NEVROTIQUE

Président : Mr Pierre PICHOT, Professeur

Année 1968

THÈSE

N°

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

(Diplôme d'État)

PAR

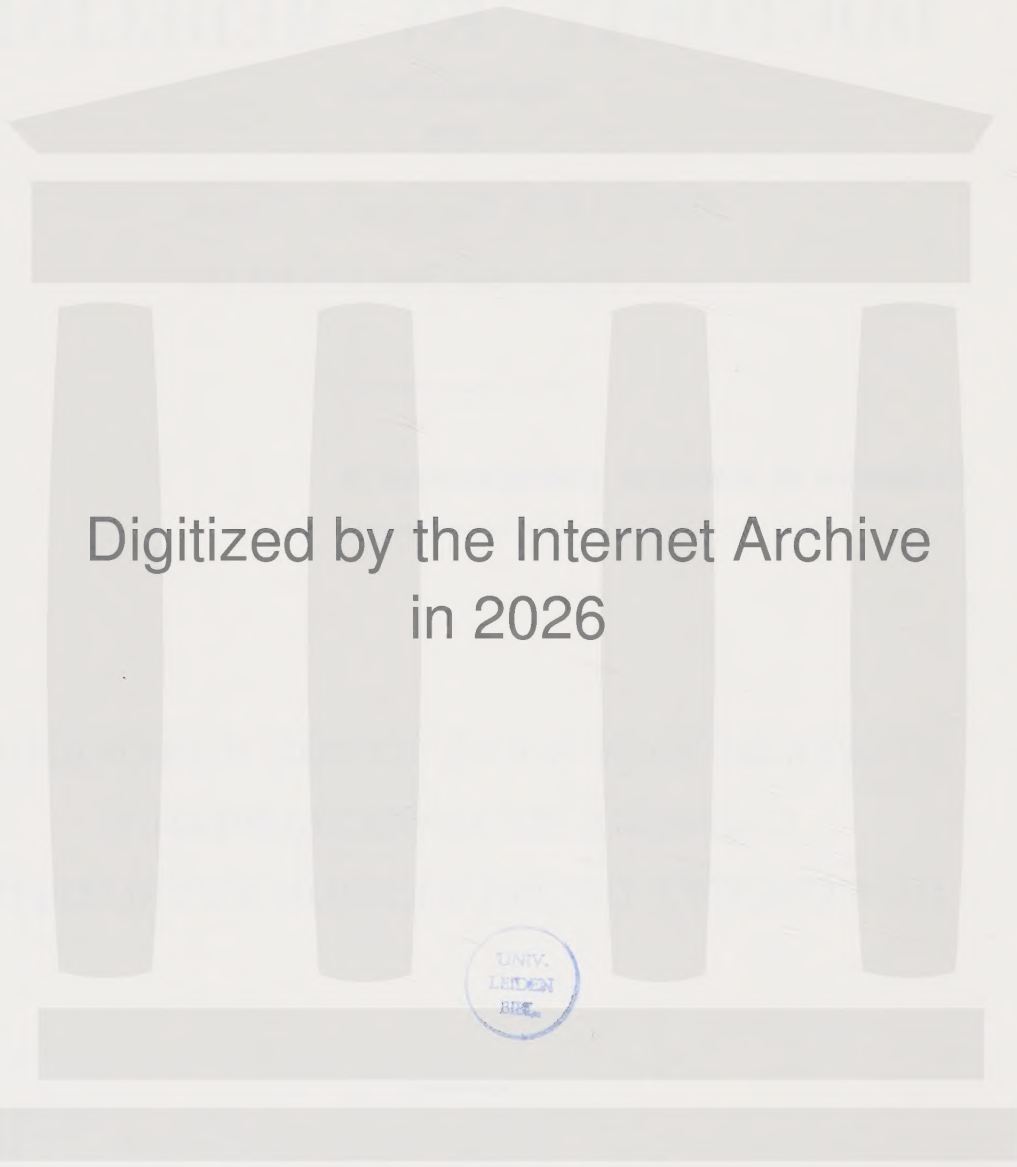
BAILLET Bernard, Yves

né le 3 Décembre 1943 à PARIS 14e

Présentée et soutenue publiquement le

CONTRIBUTION A UNE ETUDE HISTORIQUE
CLINIQUE ET NOSOGRAPHIQUE
DU CONCEPT DE DEPRESSION NEVROTIQUE

Président : Mr Pierre PICHOT, Professeur



Digitized by the Internet Archive
in 2026



https://archive.org/details/IA41554022_0015

15/1/1967

PROFESSEURS HONORAIRES :

MM. Alajouanine (T.), Bénard (H.), Bernard (E.), Binet (L.), Bulliard (H.), Cathala (J.), Chabrol (E.), Chailley-Bert (P.), Cheymol (J.), Debré (R.), Fey (B.), Galliard (H.), Gaudart d'Allaines (F. de), Gennes (L. de), Giroud (A.), Hazard (R.), Heuyer (G.), Laroche (G.), Lavier (G.), Lelong (M.), Lévy (M^{lle} J.), Lévy-Solal (E.), Lian (C.), Marchal (G.), Mathieu (P.), Monod (R.), Moreau (R.), Moulonguet (P.), Pasteur Vallery-Radot, Petit-Dutaillis (D.), Piédelièvre (R.), Quénu (J.), Renard (G.), Senèque (J.), Strohl (A.), Tanon (L.), Verne (J.).

DOYEN Georges BROUET.

1^{er} ASSESSEUR Daniel BARGETON

2^e ASSESSEUR Jean GOSSET

I. — PROFESSEURS

1^o CHAIRES DE SCIENCES FONDAMENTALES

a) Professeurs titulaires :

	MM.
Anatomie	DELMAS (A.)
—	HUARD (P.)
Anatomie et cytologie pathologiques	DELARUE (J.)
Anesthésiologie	VOURC'H (G.)
Bactériologie et virologie	TOURNIER (P.)
Biochimie médicale	JAYLE (M.-F.)
—	POLONOVSKI (J.)
—	DESGREZ (P.)
Biologie appliquée à l'Education physique et aux Sports	MALMEJAC (J.)
Biologie médicale	FAUVERT (R.)
Biophysique médicale	BUGNARD (L.)
—	DOGNON (A.)
—	DJOURNO (A.)
Cancérologie expérimentale	MATHÉ (G.)
Chimie pathologique	SCHAPIRA (G.)
Génétique fondamentale	LEJEUNE (J.)
Histoire de la médecine et de la chirurgie	COURY (Ch.)
Histologie et Embryologie	TUCHMANN-DUPLESSIS (H.)
—	COUJARD (R.)
Hygiène et médecine préventive	BOYER (J.)
Médecine du Travail	DESOILLE (H.)
Médecine légale, Droit médical et déontologie	DEROBERT (L.)
Microbiologie (Bactériologie et virologie)	FASQUELLE (R.)
Parasitologie	N...
Pathologie chirurgicale	LAURENCE (G.)
—	KUSS (R.)
—	VERNE (J.-M.)
Pathologie exotique	BRUMPT (L.-G.)
Pathologie expérimentale et comparée	MERKLEN (F.-P.)
Pathologie médicale	LAROCHE (Cl.)
—	BRICAIRE (H.)
—	PÉQUIGNOT (H.)
Pathologie respiratoire	TURIAF (J.)
Pathologie et thérapeutique générales	MAURICE (P.)
Pharmacologie	BOISSIER (J.-R.)
—	LECHAT (P.)
Physiologie	BARGETON (D.)
—	PARROT (J.)
Physiologie et pathologie obstétricales	LEPAGE (F.)
Radiologie médicale	DESGREZ (H.)

Technique chirurgicale et Chirurgie expérimentale	MM. N...
Thérapeutique	LAMOTTE (M.)
Thérapeutique appliquée	N...

b) Professeurs à titre personnel :

Anatomie	CABROL (Ch.)
Anatomie anthropologique	OLIVIER (G.)
Anatomie pathologique	NEZELOF (Ch.)
Bactériologie	BARBIER (P.)
Biochimie médicale	DREYFUS (J.-Cl.)
Biologie médicale	BOURLIÈRE (F.)
Parasitologie	LARIVIÈRE (M.)
Pathologie expérimentale	LOEPER (J.)
Physiologie	{ DEJOURS (P.) SCHERRER (J.)
	{ KELLERSHOHN (L.) GOUGEROT (L.)
Physique médicale	{ ROUCAYROL (J.-Cl.) TUBIANA (M.)
Radiologie médicale	FISCHGOLD (H.)

2° CHAIRES DE SCIENCES CLINIQUES

a) Professeurs titulaires :

	MM.
Clinique carcinologique	DENOIX P.
Clinique carcinologique chirurgicale (Necker)	REDON (H.)
Clinique cardiologique (Broussais)	SOULIÉ (P.)
— — (Boucicaut)	LENÈGRE (J.)
	{ Beaujon LORTAT-JACOB (J.-L.)
	{ — BAUMANN (J.)
Cliniques chirurgicales	{ Cochin LEGER (L.)
	{ Hôtel-Dieu PATEL (J.)
	{ Saint-Antoine GOSSET (J.)
	{ Salpêtrière SICARD (A.)
	{ Tenon OLIVIER (Cl.)
Clinique chirurgicale orthopédique et traumatologique (Cochin)	MERLE d'AUBIGNÉ (R.)
— — — (Foch)	PADOVANI (P.)
— — — (Beaujon)	CAUCHOIX (J.)
Clinique de chirurgie infantile et orthopédique (Enfants-Malades)	FÈVRE (M.)
Clinique de chirurgie cardio-vasculaire (Broussais)	DUBOST (Ch.)
Clinique de chirurgie thoracique (Laennec)	MATHEY (J.)
Clinique dermatologique (Saint-Louis)	DUPERRAT (F.)
Clinique endocrinologique (Pitié)	DECOURT (J.)
Clinique de Génétique médicale (Enfants-Malades)	LAMY (M.)
Clinique chirurgicale et gynécologique (Broca)	HUGUIER (J.)
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques (Saint-Louis)	DEGOS (R.)
Clinique des maladies des enfants (Enfants-Malades)	TURPIN (R.)
Clinique des maladies infectieuses (Claude-Bernard)	MOLLARET (P.)
Clinique des maladies mentales et de l'encéphale (Sainte-Anne)	DELAY (J.)
Clinique des maladies du sang (Broussais)	BERNARD (J.)
Clinique des maladies du système nerveux (Salpêtrière)	CASTAIGNE (P.)
	{ Bicêtre DEPARIS (M.)
	{ Broussais MILLIEZ (P.)
	{ Cochin N...
Cliniques médicales	{ Hôtel-Dieu BARIÉTY (M.)
	{ Pitié DREYFUS (G.)
	{ Saint-Antoine CONTE (M.)
	{ Saint-Antoine KOURILSKY (R.)
	{ Saint-Antoine BOUDIN (G.)

Clinique d'hydrologie et de climatologie (Bichat)	MM.	DEBRAY (Ch.)
Clinique médicale infantile et pédiatrie sociale (Enfants-Malades)		MARIE (J.)
Clinique médicale propédeutique (Broussais)		JUSTIN-BESANÇON (L.)
Clinique médico-sociale du diabète sucré et des maladies métaboliques (Hôtel-Dieu)		DEROT (M.)
Clinique néphrologique (Necker)		HAMBURGER (J.)
Clinique de neuro-chirurgie (Pitié)		DAVID (M.)
Clinique neurologique (Salpêtrière)		GARCIN (R.)
Cliniques obstétricales	{ Baudelocque	LACOMME (M.)
	{ Saint-Antoine	MERGER (R.)
Clinique obstétricale et gynécologique (Port-Royal)		VARANGOT (J.)
Clinique ophtalmologique (Hôtel-Dieu)		OFFRET (G.)
— — (Cochin)		BREGEAT (P.)
Clinique oto-rhino-laryngologique (Lariboisière)		AUBRY (M.)
Clinique de pédiatrie (Trousseau)		MOZZICONACCI (P.)
Clinique de pédiatrie et de puériculture (Saint-Vincent-de-Paul)		THIEFFRY (S.)
Clinique de pneumo-phtisiologie (Laennec)		BROUET (G.)
Clinique de neuro-psychiatrie infantile (Salpêtrière)		MICHAUX (L.)
Clinique de rhumatologie médicale et sociale (Cochin)		COSTE (F.)
Clinique de rhumatologie (Lariboisière)		SÈZE (S. de)
Clinique stomatologique (Salpêtrière)		DECHAUME (M.)
Clinique thérapeutique chirurgicale (Vaugirard)		ROUX (M.)
Clinique thérapeutique médicale (Saint-Antoine)		LEMAIRE (A.)
Clinique toxicologique (F. Vidal)		GAULTIER (M.)
Clinique traumatologique et orthopédique (R.-Poincaré)		JUDET (R.)
Clinique urologique (Cochin)		ABOULKER (P.)
— — (Necker)		COUVELAIRE (R.)
Hygiène et clinique de la première enfance (Trousseau)		LAPLANE (R.)
Sémiologie médicale (A. Chantin)		DOMART (A.)
— — (Lariboisière)		BOUVRAIN (Y.)
— — (Pitié)		RAMBERT (P.)
— — (Rothschild)		WOLFROMM (R.)
Sémiologie et clinique chirurgicales (Broussais)		POILLEUX (F.)

b) Professeurs à titre personnel :

Hématologie	{ ANDRÉ (R.)
	{ BOUSSER (J.)
Hydrologie et climatologie	GIBERTON (A.)
Maladies infectieuses	BASTIN (R.)
	AZERAD (E.)
	BOUR (H.)
	CAROLI (J.)
	DREYFUS (B.)
	GROSSIORD (A.)
Médecine	LAMBLING (A.)
	LAUNAY (Cl.)
	PAYET (M.)
	PERRAULT (M.)
	SIGUIER (F.)
	WORMS (R.)
Néphrologie	RICHET (G.)
Neuro-chirurgie	LE BEAU (J.)
Neurologie	LHERMITTE F.
Neuro-psychiatrie	PICHOT (P.)
Oto-Rhino-Laryngologie	MADURO (R.)
Pédiatrie	{ POLONOVSKI (Cl.)
	{ ROYER (P.)
	{ KREIS (B.)
Pneumo-Phtisiologie	{ MEYER (A.)
Rhumatologie	{ DELBARRE (F.)

II. — PROFESSEURS SANS CHAIRE

	MM		MM.
Anatomie pathologique . . .	GOUYGOU (Ch.)	Maladies infectieuses . . .	DUPONT (V.)
Bactériologie	CHRISTOL (D.)	Neuro-psychiatrie	TARDIEU (G.)
Biochimie médicale	{ CARTIER (P.) GONNARD (P.) NORDMANN (J.)	Pédiatrie	ROSSIER (A.)
Biologie médicale	HARTMANN (L.)	Physique médicale	{ COURSAGET (J.) GREMY (F.)
Chirurgie	CERBONNET (G.)	Physiologie	GIRARD (Fr.)
Hématologie	BILSKI-PASQUIER (B.)	Stomatologie	CHAPUT (M ^{me} A.)

III. — PROFESSEURS DÉTACHÉS DANS LES UNIVERSITÉS ÉTRANGÈRES

Bactériologie	HAUDUROY (P.) Pr. s. ch.
Pathologie chirurgicale	RUDLER (J.) Pr. s. ch.

IV. — PROFESSEURS ASSOCIÉS

Hormonologie	MORICARD (R.)
Statistique médicale et épidémiologique	SCHWARTZ (D.)

Secrétaire général de la Faculté	M. LENA (J.)
Conseiller administratif	Mlle CHAINTREUIL (G.)
Conservateur en Chef de la Bibliothèque	M. le Docteur HAHN (A.)
Conservateur du Musée d'Histoire de la Médecine	
Conservateurs	{ Mlles DUMAITRE (P.), LAURENT (H.), LE NOIR (G.)
Bibliothécaires	{ Mmes CONTET (J.), FORGET (F.), Mlles DUROZOY (M.-F.), ROBERGE (D.), Dr SCHILLER (J.)

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A mes Parents et Amis

A Monsieur le Professeur Pierre PICHOT

Son accueil chaleureux et ses conseils
bienveillants m'ont permis de mener à
bien ce travail.

En remerciement pour l'enseignement de
ses présentations de malades.

A Monsieur le Professeur Jean DELAY

dont les leçons du mardi m'ont tant appris.

A mes anciens patrons médecins des hopitaux psychiatriques de la Seine

Professeur SOULATRA

Docteur J.J. RONDEPIERRE

Docteur DAUMEZON

A mes anciens patrons médecins des Hopitaux de Paris

Docteur CHAMPEAU

Docteur ANTONELLI

Docteur J.P. HELD

Et tout particulièrement Monsieur le Docteur Maurice PESTEL.

I N T R O D U C T I O N

Les états dépressifs représentent sûrement la plus grande part de la clientèle psychiatrique . Aux Etats Unis on a estimé que la dépression vient au second rang, après la schizophrénie, parmi les motifs d'hospitalisation . De plus, on estime que parmi les malades non hospitalisés, il y a environ cinq fois plus de déprimés que de schizophrènes . La littérature psychiatrique consacrée à la dépression est très abondante tout particulièrement depuis une dizaine d'années . Notre propos est de nous intéresser spécialement à la dépression névrotique . Celle-ci représente une véritable entité clinique et pratique, aussi bien dans un service libre de psychiatrie, qu'en pratique ambulatoire . Mais pour le médecin généraliste connaître la clinique de la dépression névrotique, présente également un grand intérêt : en effet, celui-ci risque de donner facilement une étiquette "organique" à un malade qui se plaint de troubles somatiques divers . Et dans la "hiérarchie diagnostique" de BALINT, le déprimé névrotique représente le type du mauvais malade qui n'écoute pas les conseils de son médecin.

Mais comment définir cette dépression névrotique dont le diagnostic est si souvent porté ? Il est frappant de noter qu'un terme dont l'usage a été généralisé sous l'influence de la psychanalyse ne trouve pas sa place dans le vocabulaire de psychanalyse de LAPLANCHE et PONTALIS . En fait, la définition est fort imprécise, l'idée que s'en font les auteurs est variable . On ne peut pas dire que ce terme ait apporté en psychiatrie une clarté et un enrichissement" écrit G. HEUYER . Déjà, le simple mot dépression signifie un symptôme, un syndrome, et une entité ! SAINZ et BIGELOW écrivaient en 1961 que le terme dépression a un sens de moins en moins précis, et ceci "malgré

son illusoire clarté et simplicité". En effet, nous verrons que l'on a parlé de "dépression sine depressione". Quant au terme névrotique, sa définition s'étend avec les concepts de névrose de caractère, caractère névrotique, alcoolisme névrotique...

Actuellement, on s'intéresse beaucoup aux problèmes nosographiques, pour que le résultat des recherches effectuées dans un pays soit communicable dans un langage compris par d'autres écoles. Comme le dit P. PICHOT, à propos du vocabulaire psychiatrique en général "L'état de confusion actuel qui s'exprime dans un vocabulaire aussi riche que contradictoire, a une origine essentielle : le mélange, en proportions variables, et d'ailleurs souvent non explicitées de critères empruntés au plan descriptif (sympptomatiques), à celui des mécanismes (pathogéniques), et à celui des causes (étiologiques.)"

Nous essaierons donc de définir le terme dépression névrotique et ceci par une approche essentiellement historique et clinique. Du concept de dépression névrotique on peut se faire une idée plus ou moins précise. Si celle-ci est très précise, on est en droit de penser que le diagnostic de dépression névrotique est porté à l'excès et que ce terme est un "fourre-tout". Par exemple parmi ces quatre types de malades, que l'on peut rencontrer en clinique : cette jeune femme qui fait croire à tous qu'elle veut se suicider et qui s'arrange pour être sauvée au dernier moment, ce "neurasthénique", toujours un peu triste et qui se plaint sans cesse de fatigue physique et psychique, cet obsessionnel qui fait un état dépressif grave, scrute son passé à la recherche de fautes qu'il a pu commettre, et dont l'aspect clinique rappelle étrangement le déprimé "mélancolique", ou encore cet autre sujet, dont la dépression survient à la suite d'un traumatisme affectif sérieux, qui présente un chagrin normal et justifié mais qui pourtant peut tout autant que le mélancolique se suicider, parmi ces malades lesquels méritent l'étiquette de dépression névrotique.

Un premier chapitre consacré à l'histoire du problème nous montrera comment la dépression névrotique s'est définie surtout par ce qu'elle n'était pas, par opposition aux états dépressifs de la psychose maniaco-dépressive. Par une délimitation clinique provisoire, parallèlement à l'étude

historique, nous verrons comment la dépression névrotique se définit par rapport à la mélancolie et accessoirement par rapport à la dépression atypique . Nous envisagerons le problème particulier des dépressions réactionnelles . Puis sera faite une étude clinique d'ensemble des dépressions névrotiques en insistant sur les caractères qui sont les plus fréquemment rencontrés notamment l'asthénie et l'anxiété . Quelques formes sémiologiques particulières seront dégagées, selon la prédominance d'un symptôme . Le problème très particulier du suicide nous dira si oui ou non la conduite suicidaire permet d'entrer dans la définition de la dépression névrotique.. Enfin, une étude de l'apport psychanalytique, tout en restant dans un domaine essentiellement clinique, nous montrera comment certains symptômes sont expliquables et comment, dans la clinique des dépressions névrotiques existe un aspect particulier de la relation médecin-malade . Pour terminer, nous verrons comment on peut essayer de donner une définition du concept de dépression névrotique.

CHAPITRE - I -

ETUDE HISTORIQUE DE LA DEPRESSION NEVROTIQUE

I - LA NEURASTHENIE

Avant 1867, les déprimés névrotiques étaient appelés simplement "petits mélancoliques". Quand J. BEARD créa à New York le terme neurasthénie, il décrivait un épuisement nerveux (nervous exhaustion) caractérisé cliniquement par une sensation de fatigue générale surtout physique, mais aussi psychique et accompagnée de nombreux maux somatiques : céphalées, angoisses, sensations de lourdeur au niveau du rachis cervical, constipation, palpitations, troubles urinaires et génitaux. Ce concept de neurasthénie eut rapidement un succès considérable, la maladie fut très à la mode entre 1890 et 1900. D'innombrables bibliographies lui furent consacrées, MULLER, dans son ouvrage en réunit une de 14 pages. Les neurasthéniques se recrutaient parmi la clientèle de ville. Leur fatigue était attribuée à des causes très variées, somatiques ou psychiques (effort intellectuel abusif, choc affectif). En France elle fut bien étudiée par BOISSIER, GILLES DE LA TOURETTE, MAURICE de FLEURY, plus tard également par MONTASSUT. Il est évident que parmi ces neurasthéniques d'alors, il n'y avait pas seulement ces malades que l'on qualifie aujourd'hui de déprimés névrotiques, il y avait aussi des dépressions symptomatiques. Mais inversement, une grande part de nos déprimés névrotiques d'aujourd'hui recevaient à l'époque le diagnostic de neurasthénie (l'autre partie étant diagnostiquée "mélancolie mineure".)

Maurice de FLEURY donnait de la neurasthénie la définition suivante :

"Il s'agit d'une dépression générale des facultés psychiques, qui sont entravées plus que diminuées . Toute occupation intellectuelle devient un lourd fardeau, le malade est indécis, sa mémoire est paresseuse mais intacte, son jugement est sain à l'inverse du mélancolique . Le neurasthénique se rend compte exactement de son état mental, de la dépression psychique dans laquelle il se trouve . Il s'en rend compte et s'en afflige, et c'est même cette conscience exagérée de son état qui le pousse dans la tristesse". Nous avons là, la notion d'une dépression mineure par opposition à la dépression majeure mélancolique . La neurasthénie était considérée comme une névrose et on étudiait ses rapports avec l'autre névrose du moment : l'hystérie . Pour les uns, il fallait opposer nettement hystérie et neurasthénie, pour d'autres, tel que Gilles de la TOURETTE, il fallait parler d'hystéro-neurasthénie . Ceci est intéressant à noter car nous verrons qu'un grand symptôme de la dépression névrotique de l'hystérie est justement l'asthénie . Dans cet ordre d'idée, citon ce qu'écrit Maurice de FLEURY à propos du sommeil du neurasthénique : "l'insomnie est le stigmate de cette névrose . Mais en fait, j'en connais beaucoup qui, dormant leur nuit pleine, huit ou neuf heures d'affilée, ont encore sommeil une partie du jour et font volontiers une sieste au cours de l'après-midi". Or, là encore, l'hypersonnie est un signe important de la dépression névrotique de l'hystérique.

A la neurasthénie on attribuait une étiologie soit psychique, soit le plus souvent organique (la psychiatrie était à l'époque hautement organiciste). Il est curieux de noter l'opinion originale pour le temps (1910) de DUBOIS : pour lui, l'asthénie est avant tout une "façade" et son origine comme celle des autres troubles, est avant tout psychique.

Mais la neurasthénie eut tellement de succès que sa définition devint vite de moins en moins précise . Des querelles éclatèrent quant à la définition de la "vraie" neurasthénie . Pour les uns, il s'agissait d'un état dépressif aigu, actuel, pour d'autres, la vraie neurasthénie était un état dépressif chronique . Il s'agissait en fait, d'un syndrome et non d'une entité : on distinguait des neurasthéniques constitutionnelles et des neurasthénies secondaires (traumatismes affectifs, surmenage intellectuel,

maladie quelconque). Puis le cadre de la neurasthénie s'est démesurément aggrandi, aboutissant à une véritable "mixture nosographique" FREUD ayant entre temps éliminé de la neurasthénie sa névrose d'angoisse . Les états dépressifs aigus appelés neurasthénie furent appelés dépressions réactionnelles, la neurasthénie proprement dite étant désormais toujours considérée comme un état chronique, et décrite dans certains traités classiques d'avant la deuxième guerre comme une névrose . (Signalons les travaux de MONTASSUT).

En 1954, FERRARO rappelait " combien grande est la confusion sur la signification de ce terme, combien imprécises sont les limites du concept " Néanmoins, il n'est pas totalement abandonné, l'Ecole italienne en particulier l'utilise souvent, parlant aussi de névrose asthénique . Mais il s'agit toujours d'états chroniques.

II - LA PSYCHASTHENIE

Peu de temps après la naissance du concept de neurasthénie P. JANET créait celui de psychasthénie . La relation entre les deux fut du reste considérée comme étroite, puisque pour JANET lui-même : "la psychasthénie est une névrose très étroite de la neurasthénie", et pour ROGUES DE FURSAC, il n'y a ni psychasthénie, ni neurasthénie pures, mais une "psycho-neurasthénie qui est la synthèse des deux".

JANET estimait qu'il y a une hiérarchie des phénomènes psychologiques, avec à l'extrémité supérieure de l'échelle la fonction du réel et à l'extrémité inférieure, la vie émotionnelle et les agitations motrices, cette hiérarchie étant maintenue par la "tension psychologique". Une baisse de celle-ci (cette baisse évoquant la dépression : déprimer signifie abaisser) entraîne la disparition des fonctions les plus élevées qui sont remplacées par des opérations d'un niveau plus bas à titre substitutif et dérivatif . Sur le plan clinique, la psychasthénie se traduit donc par des sentiments d'incomplétude et d'imperfection : la personnalité du sujet lui paraît mal unifiée, d'où les sentiments d'étrangeté, d'irréalité, de dépersonnalisation .

Il est hésitant, doute, vérifie sans cesse, a une forte tendance à l'introspection, pour se retrouver lui-même . Ces aspects cliniques ont permis le rapprochement avec la "névrose obsessionnelle" de FREUD . Mais alors que JANET voyait dans l'obsession un aspect négatif, FREUD y voyait son aspect dynamique, son aspect de "symptôme comme bénéfice primaire" . De plus beaucoup de malades de JANET n'étaient pas de que l'on appelle aujourd'hui des obsessionnels, et surtout de nombreux sujets ayant une personnalité obsessionnelle ne sont pas des psychasthéniques : certains exercent des tâches socio-professionnelles comportant des responsabilités et une grande activité, donc une "adaptation au réel" élevée.

Le terme de psychasthénie reste actuellement surtout utilisé en France, dans le sens d'un état chronique . La psychasthénie est considérée par certains comme la forme asthénique de la névrose obsessionnelle, et dans la mesure où l'on considère (FENICHEL) l'asthénie comme un équivalent de dépression, la psychasthénie devient alors une sorte de dépression névrotique chronique . Mais venons en maintenant à l'étude d'un autre "ancêtre" de la dépression névrotique : les formes mineures de mélancolie.

III - LES FORMES MINEURES DE "MELANCOLIE" ET LES RELATIONS NEURASTHENIE - MELANCOLIE .

Nous avons vu comment vers 1890 beaucoup de nos déprimés névrotiques d'aujourd'hui se voyaient appelés neurasthéniques . D'autres par contre, se voyaient considérés comme des "petits mélancoliques" . Ces formes mineures de mélancolie furent appelées suivant les cas : "mélancolie subaigue, mélancolie sans délire, mélancolie avec conscience, mélancolie simple, perplexe, aboulque " (au début, mélancolie signifiant simplement : état dépressif, on ne faisait pas intervenir dans sa définition de critère étiologique). ROUBINOVITCH et TOULOUSE signalent que ce type de malades se recrutent, comme les neurasthéniques, parmi la clientèle de ville.. REGIS écrivait : " Ces formes trompent très souvent l'attention des personnes qui sont peu initiées

à la pathologie mentale, car les malades dissimulent leur état sous un masque de tranquillité relative.... Car le mélancolique sans délire, tout en ayant conscience de son état, veut avant tout ne pas paraître malade ". Il s'agissait donc d'états dépressifs mineurs, qu'il fallait différencier de la neurasthénie .

Mais cette distinction était considérée comme très difficile . Sur un point, tout le monde était d'accord : il n'y a pas de neurasthénie délirante . Mais là s'arrêtait la distinction formelle et la ressemblance entre les deux états dépressifs frappait plus que leur différence (ceci est compréhensible puisque dans les deux groupes, il y avait ce que l'on appelle aujourd'hui des dépressions névrotiques). Pour BOISSIER (1894) la mélancolie est "une forme grave de neurasthénie", pour MASSELON (1906) il s'agit d'une affaire de degré : "une seule chose les différencie : la conscience de moins en moins grande que prend le mélancolique de son état, comme tel et la relation qu'il établit entre ses troubles et une cause délirante imaginaire . Mais il peut fort bien n'y avoir qu'une affaire de degré dans l'intensité du processus morbide si semblable à lui-même dans les deux cas". REGIS (1923) signale que " la mélancolie ne se sépare pas foncièrement de la neurasthénie et a avec elle de nombreux et étroits rapports ". Chez le neurasthénique dit-il, la tristesse est moindre, l'anxiété plus forte, les idées malades sont repoussées . C'est ainsi que l'on décrit des neurasthénies secondaires à des mélancolies, ou vice-versa, des neurasthénies mélancoliques" des mélancolies neurasthéniques" (FRIEDMANN).

Ce qui nous semble intéressant dans ces discussions concernant le problème des relations mélancolie -neurasthénie , c'est qu'elles représentent l'équivalent et la préface des discussions qui viendront plus tard concernant les rapports : dépressions névrotiques - mélancolie.

IV - DE LA DEPRESSION REACTIONNELLE....

Reprenant les observations anciennes d'alternance de phases de manie

et de mélancolie chez un même malade, les notions de "forme circulaire des maladies mentales" de FALRET, de "folie à double forme" de BAILLARGER, ce fut KRAEPELIN qui fonda en 1896, cette variété de psychose "endogène", la "psychose maniaco dépressive". Rapidement, ce concept eut un grand succès, on notait pourtant quelques résistances, en France notamment de la part de REGIS, SEGLAS, (" fantaisie schématique ") CHASLIN ("idôlatrie") REMOND et VOIVENEL . Car les deux éléments de la définition : association manie et mélancolie d'une part, périodicité d'autre part, n'étaient pas constants . Pour KRAEPELIN chez la moitié des maniaco-dépressifs la psychose se traduit exclusivement par des périodes dépressives . De plus, se posait le problème de la périodicité, de la récurrence : dans le but de critiquer le concept ou au contraire d'en démontrer sa valeur, les statistiques de récurrence étaient très variables . Pour REGIS , 75% des malades ne récidivent pas, pour DREYFUS 75% des malades récidivent ! Plus objectives sont sans doute les statistiques de KRAEPELIN : pour lui environ la moitié des cas récidivent, et parmi 471 de ces maniaco dépressifs, il note que 161 n'ont fait qu'un seul accès, de nature dépressive . Donc chez à peu près d'un tiers des malades la psychose se manifestait cliniquement par un seul épisode dépressif : dans la mesure où cet état dépressif "endogène" pouvait parfois être précipité par un choc affectif et qu'il pouvait avoir une séméiologie de caractère "neurasthénique", tous les états dépressifs pouvaient à l'extrême entrer dans le cadre de la psychose maniaco-dépressive . Les statistiques modernes, estiment à peu près à 15% les maniaco-dépressifs qui font un seul épisode, de nature dépressive, ce qui prouve bien que l'on a fait entrer de force certaines dépressions, qui n'étaient pas endogènes, dans le cadre de la psychose maniaco-dépressive endogène.

Le concept de neurasthénie s'étant progressivement effrité il fallait donner une étiquette à ces dépressions qui ressemblaient de près à la mélancolie maniaco-dépressive endogène, mais qui semblait devoir en être différenciées, en particulier par le fait qu'elles semblaient psychogènes, et non endogènes . KRAEPELIN lui-même reconnut que tous les états dépressifs n'appartenaient pas à sa psychose maniaco-dépressive.

Ceci aboutit à adopter une classification qui incluait la notion de

dépression "réactionnelle" (réactive dépression), comme faisant partie des troubles "psycho-névrotiques", psychogènes . Cette notion de dépression réactionnelle fut par ailleurs favorisée par l'évolution des idées psychiatriques, par la réaction contre la nosographie systématique kraepelinienne . A. MEYER aux Etats Unis "levant l'étendard de la révolte contre KRAEPELIN " estimait que les troubles mentaux sont des réactions mentales à une multitude de facteurs . En 1905 il proposait d'abandonner le terme "mélancolie" pour celui de "dépression" . Dans le domaine de la dépression il préférerait voir des différences quantitatives plutôt que des différences qualitatives . Mais revenons à cette notion de dépression réactionnelle : par réaction on entendait compréhension et psychogénèse . Théoriquement les critères de la réaction étaient(et restent) les suivants : il n'y a pas d'état réactionnel s'il n'y a pas l'événement traumatisant, il y a un rapport compréhensible entre les contenus de l'événement et de la réaction, les évolutions événement-réaction sont parallèles (aspect réactivité) . Mais cet aspect de compréhension contenant une part de subjectivité, il y eut rapidement confusion et désaccord pour définir la dépression réactionnelle . Le désaccord survenait notamment quand un état dépressif "psychotique" semblait réactionnel à des causes psychologiques précises ou quand des états dépressifs de sénologie "névrotique", c'est à dire sans délire et sans comportement bizarre ne pouvaient être expliqués, par les malades, par quelque traumatisme affectif . Nous allons voir que le terme dépression névrotique à plus ou moins supplanté celui de dépression réactionnelle, mais ceci n'a pas résolu le problème des relations dépression " endogène" "dépression réactionnelle", problème qui reste très discuté :

Dans les pays de langue allemande on est resté très attaché à la notion de psychose maniaco-dépressive endogène et la grande majorité des auteurs (tels LANGE, SCHNEIDER, KIELHOLZ, WEITBRECHT) sont d'avis qu'il faut distinguer radicalement dépression endogène et dépression réactionnelle.

En France, il en est de même, pourtant H. EY estime que cette dichotomie est artificielle.

Aux Etats Unis, la majorité des auteurs continuent la pensée de MEYER, parlant de "réactions" ils sont contre une distinction trop tranchée entre les différents états dépressifs (BELMAZ, ASCHER, WINOGR, PITTS, ARIETI).

Mais c'est en Grande Bretagne que les discussions les plus nombreuses et passionnées eurent lieu, surtout vers 1930; parmi les psychiatres favorables à la dichotomie citons GILLEPSIE, HARROWES, ROGERSON, PARTRIDGE, CURRAN, JELLOWLES, BUZZARD, ROSS, HAMILTON et WHITE, et plus récemment KILOH et GARSIDE (1963) qui concluent : " certes la distinction entre les deux types de dépression peut être très difficile, mais ce n'est pas une raison suffisante pour dire qu'il n'y a pas de distinction ", CARNEY, ROTH, et GARSIDE, MAC CONAGHY, JOFFE et MURPHY . Contre la dichotomie étaient MAPOTHER, LEWIS, MUNCIE, SYMONDS, ROSE...

Quant aux psychanalystes, ils sont tous d'accord pour conclure à l'unité des états dépressifs ! Le problème est donc fort complexe et nous allons voir maintenant qu'à cette complexité est venue s'ajouter l'introduction d'un troisième élément : la "dépression névrotique".

V - A LA DEPRESSION NEVROTIQUE

Ce sont les psychanalystes qui ont introduit la notion de dépression névrotique, mais ceci se fit d'une manière très progressive, par étapes . FREUD s'était peu intéressé à ce problème . Dans "CINQ PSYCHANALYSES" il écrit à propos de son hystérique DORA : " Les symptômes principaux de son état étaient de la dépression et des troubles de caractère . Elle cherchait à éviter toute relation sociale . Elle s'occupait, autant que le lui permettait l'état de fatigue et le manque de concentration dont elle souffrait, à suivre des conférences mondaines, et faisait des études sérieuses". Dans "ANALYSE INTERMINÉE et ANALYSE INTERMINABLE", il signale qu'au cours du traitement psychanalytique des "crises de dépression grave" peuvent surve-

-nir . Dans son étude sur la mélancolie il n'aborde pas le problème de la dépression névrotique . Par contre, en 1927 le psychanalyste RADO termine sa propre étude sur la mélancolie par quelques lignes consacrées à la "dépression névrotique" (terme qu'il utilise en italique) en précisant que dans ce type de dépression le malade reste inséré dans la réalité, et RADO y voit "une sorte de mélancolie partielle du moi". Pourtant le terme reste très peu utilisé . Seuls de rares auteurs comme SYMONDS l'emploient en spécifiant : dépression de sémiologie névrotique, par opposition à la grande mélancolie "psychotique". Certains auteurs, comme KIMBERLY parlent de dépression "psycho-névrotique", d'autres comme SCHNEIDER ou KANT parlent de dépression "psychogène", en fait la très grande majorité utilise toujours le terme de dépression réactionnelle.

Mais l'influence de la psychanalyse (ABRAHAM, GERO, JACOBSON) ne fait qu'augmenter, surtout aux Etats Unis, et 1945 marque une nouvelle étape dans l'histoire de la dépression névrotique . Alors que la classification classique de l'"Américan psychiatric association", utilisait la notion de "réactive dépression" dans le cadre des "psycho-névroses", la nouvelle classification de l'armée Américaine, en Octobre 1945 introduit la notion de "neurotic dépressive réaction", dans le cadre des réactions névrotiques ("réaction de conversion, réactions phobiques"etc..) Dans la définition entrent les concepts psychanalytiques de "perte d'objet" et "d'introjection" : " La réaction est souvent associée à des sentiments de culpabilité concernant les faits passés Cette réaction est une réponse non psychotique précipitée par une situation actuelle, fréquemment quelque perte d'objet, bien que, sur le plan dynamique la dépression soit usuellement rattachée à une agressivité inconsciente réprimée . L'intensité de la réaction dans de tels cas dépend de l'ambivalence des sentiments du malade à l'égard de sa perte d'objet aussi bien que des circonstances actuelles de cette perte . Le terme est synonyme de "dépression réactionnelle". Par ailleurs à la rubrique "troubles psychotiques" paragraphe "troubles affectifs", sont décrits trois types de réaction : manie -dépressive réaction, psychotique dépressive réaction, involutonal mélancholia . Les auteurs signalent que la réaction dépressive névrotique doit être différenciée de la réponse correspondante "psychotique," mais qu'elle en diffère avant tout en

intensité. "si le sujet interprète mal la réalité (sentiment de faute commise, autodepreciation) sa depression devient "psychotique" et doit être étiquetée réaction dépressive psychotique . Cette "réaction dépressive névrotique" est donc définie par un double critère étiologique et semiologique, le critère psychopathologique restant secondaire.

Rapidement, ce concept eut un immense succès aux Etats Unis, puis en Europe où il devint dépression névrotique . Dans son étude de 1949 sur les Etats dépressifs, LE MAPPIAN, signale que le terme est d'introduction récente . Au cours du symposium tenu en 1954 à Paris sur les états dépressifs, le terme est largement utilisé . Mais rapidement sa définition devient imprécise, car le concept de dépression réactionnelle reste utilisé parallèlement en Europe (il est évident qu'aux Etats Unis on peut difficilement parler de réaction dépressive réactionnelle). C'est pourquoi dans le dernier chapitre, nous verrons comment chacun a plus ou moins défini sa "dépression névrotique".

CHAPITRE II

- DELIMITATION CLINIQUE PROVISOIRE DE LA DEPRESSION NEVROTIQUE -

A / PAR RAPPORT A LA MELANCOLIE

Devant un déprimé, nous devons d'abord éliminer certains états dépressifs, en particulier la dépression endogène, avant d'être en droit de parler de dépression névrotique . Mais avant d'envisager cette délimitation clinique provisoire par rapport à la dépression endogène, considérons rapidement comment survient l'état dépressif endogène et sur quel type de malade.

I - LES PREMIERS ELEMENTS QUI ORIENTENT CETTE DELIMITATION

1) Le problème du déclenchement de l'état dépressif endogène :

Théoriquement, la dépression endogène survient sans cause, le malade n'a reçu aucun choc affectif, n'a aucune raison d'être déprimé (observation N°1) par opposition à la dépression névrotique, réactionnelle . Mais en pratique, des problèmes peuvent se poser : le malade et son entourage attribuent souvent avec une grande facilité une cause à l'état dépressif . Le psychiatre essaie alors de rester le plus objectif possible . Ce peut être très facile (la dépression est manifestement endogène : les motifs invoqués sont beaucoup trop futiles pour expliquer une dépression d'une telle gravité) mais ce peut être aussi très difficile, car un état dépressif endogène peut être précipité à l'occasion d'un choc

affectif : suivant l'appréciation, subjective, du psychiatre (et aussi selon ses conceptions psychiatriques...) le malade sera étiqueté " endogène " ou " réactionnel " . (nous avons vu comment cette part de subjectivité a permis de critiquer le concept de "dépression réactionnelle") . Récemment, WINOKUR et PITTS ont fait l'amusante expérience d'une double appréciation diagnostique, par deux groupes de psychiatres, d'états dépressifs endogènes et réactionnels : beaucoup de "réactionnels" étaient diagnostiqués une seconde fois "endogènes" et vice-versa . STENSTEDT note que chez 8% de manico-dépressifs, l'état dépressif est objectivement compréhensible . DELAY, PICHOT et PERSE rapportent deux observations de dépressions manifestement endogènes, chez des malades qui avaient pourtant des raisons très valables d'être déprimés . Ils concluent : "il apparaît donc bien que le critère, cause déclenchante reste relativement secondaire et ne doit en aucun cas être mis en première ligne".

2) Les antécédents dépressifs familiaux :

Les nombreuses études faites au sujet de l'hérédité de la psychose manico-dépressive (LUXEMBURGER, SLATER, LANGE) ont montré que le risque héréditaire dans cette maladie est très grand (les antécédents manico-dépressifs seraient environ 30 fois plus importants chez les parents proches que dans la population en général) . Mais, là est la difficulté : dans les antécédents familiaux, des déprimés névrotiques on trouve des épisodes dépressifs (endogènes et névrotiques) plus que dans la population générale . Ceci a été étudié surtout par STENSTEDT, qui montre qu'il y a ainsi un coefficient d'hérédité dépressive dans la dépression névrotique, moins élevé que pour la psychose manico-dépressive, mais incontestable . " Ces résultats ne facilitent pas la distinction 'dépression endogène, dépression névrotique", conclut-il.

3) Les antécédents personnels et la personnalité du sujet :

Si on a la notion d'antécédents dépressifs endogènes et surtout maniaques, ce sont là des arguments d'importance en faveur du diagnostic

de dépression endogène . En fait, ce critère antécédent pose lui aussi des problèmes, d'une part, parce que la psychose maniaco-dépressive dans 15% des cas se manifeste seulement par un état dépressif, d'autre part, parce qu'il est possible que dans la vie d'un malade, surviennent un état dépressif endogène et un état dépressif réactionnel (MAYER-GROSS STENSTEDT) : ce n'est donc pas parce que le sujet a déjà eu un épisode dépressif endogène, que son nouvel épisode dépressif l'est aussi.

Classiquement, le maniaco-dépressif est le plus souvent pycnique et syntone (KRESCHTNER), de caractère cyclothymique . Certains auteurs ont été frappés par la fréquence de ses traits obsessionnels (STENGEL écrivait : " Certes, la personnalité des maniaco-dépressifs est souvent obsessionnelle, mais je ne suis pas d'accord avec ces nombreux auteurs qui pensent qu'elle l'est toujours "), en particulier à propos du perfectionnisme . D'autres pensent que la personnalité du maniaco-dépressif est "stable et bien intégrée" (ASTRUP), d'autres encore ont été frappés par la rareté des traits hystériques (ROSENTHAL et KLERMANN). En fait, le sujet reste le plus souvent "normal" entre les crises, par opposition au "névrosé" . Mais dès que l'on parle de "Caractère névrotique" et de troubles névrotiques mal structurés, cette distinction s'efface.

Il se peut donc qu'aucun des critères que nous avons envisagés ne permettent de porter le diagnostic de dépression endogène, bien que l'ensemble soit évocateur . Dans ce cas la clinique, que nous allons maintenant envisager, prend toute sa valeur.

II - LA DELIMITATION CLINIQUE DEPRESSION NEVROTIQUE "MELANCOLIE" .

(Précisons que nous entendrons toujours par "mélancolie" l'état dépressif endogène) .

1) Présentation du malade : Contrairement à celle du déprimé névrotique la présentation du mélancolique a été l'objet de nombreuses descriptions détaillées (corps plié, tête baissée, se traînant, " onéga mélancolique ", facies que l'on a qualifié de "Marmoréen").

2) Intensité de l'inhibition psychomotrice : Le malade parle très peu et très lentement, il faut vraiment lui arracher les réponses . Le semi-mutisme est habituel, le mutisme complet peut se voir également . C'est le cas de la forme dite "stuporeuse", où le sujet est absolument immobile et muet, ce qu'on voit très rarement dans la dépression névrotique.

3) La douleur morale, la culpabilité délirante : Certes, un déprimé névrotique, surtout un obsessionnel, peut éprouver des sentiments de culpabilité à propos de petites fautes qu'il a pu commettre autrefois, mais il ne dira pas : "je dois aller en prison, je suis le pire des êtres, je suis coupable et non malade, je n'ai rien à faire avec la médecine, je ne mérite que la mort" . Car dans la dépression mélancolique " la dépression n'est pas vécue seulement comme une impuissance, elle est vécue aussi comme un malheur, c'est pourquoi l'on parle de douleur morale, et non pas seulement de dépression " . (EY) . Les auteurs allemands ont fort bien analysé ces sentiments de culpabilité : ils distinguent des sentiments de culpabilité "primaires", qui apparaissent et disparaissent avec l'épisode dépressif, paraissant en contraste brutal avec la personnalité du sujet, et les sentiments "secondaires" , liés à la baisse du rendement et à l'indécision que provoque l'état dépressif lui-même, et dont le malade se culpabilise secondairement . Encore dans les sentiments de culpabilité primaires faut-il distinguer la culpabilité relative à des faits réellement commis par le malade, mais qu'il aurait pu éviter (ceci rejoignant la culpabilité du névrosé obsessionnel déprimé) et des sentiments de culpabilité et d'auto-accusation délirantes, que le malade adresse directement à lui-même, sans faire référence au passé, s'en voulant d'exister : "je suis indigne, je dois mourir..."

4) La qualité de la dépression : Au cours de la forme franche de mélancolie, la dépression est vécue de manière physique, biologique, élémentaire et instinctive . C'est dans le sens que l'on a parlé de "dépression vitale, angoisse vitale". (WESTERMANN, STORRING, SCHULE, SCHNEIDER, KUHN, LOPEZ IBOR), par opposition aux sentiments dépressifs du déprimé névrotique, centrés sur l'événement déclenchant, se rapprochant

beaucoup de la tristesse normale . Certains malades, qui ont vécu les deux types de dépression, racontent que ce fut pour eux deux expériences différentes . Cette différence qualitative avec les sentiments dépressifs de la dépression névrotique serait très importante . (KILOH et GARSIDE).

5) L'activité hallucinatoire : Les anciens auteurs (ROUBINOVITCH et TOULOUSE, SCHULE, SEGLAS, REVERTIGAT) s'y étaient beaucoup intéressés et décrivaient une "forme hallucinatoire" de la mélancolie . Actuellement, les hallucinations ne sont plus considérées comme un phénomène isolé, et on s'intéresse moins à ce problème . Elles sont considérées maintenant comme rares par tous les auteurs, toujours est-il qu'elles n'ont jamais été décrites dans la dépression névrotique.

6) L'hypochondrie : Chez le mélancolique, celle-ci atteint souvent des proportions délirantes . Le déprimé névrotique se plaindra très rarement d'avoir "le foie pourri, le sang décomposé, l'estomac putréfié, les os rompus, le coeur détraqué etc..." ou par exemple de "ne plus avoir d'estomac ", réalisation d'un "syndrome de négation d'organes".

7) D'autres thèmes délirants : Ils sont plus rares, mais néanmoins possibles : idée d'influence, idée d'être possédé par un démon ou habité par un animal, idée de malheur ou de ruine.

8) Anorexie : Elle est habituelle chez le mélancolique . Elle peut s'observer chez tout déprimé, mais chez le mélancolique, on observe jamais d'augmentation de l'appétit.

9) Insomnie : Ce qui est spécifique, c'est surtout son caractère : on a remarqué que chez le mélancolique, il s'agit le plus souvent d'un réveil précoce (DE CLERAMBAULT disait qu'il faut se méfier du "pôle natal de l'anxiété"). il s'agirait là d'un caractère très spécifique de la dépression endogène (KILOH et GARSIDE le considèrent comme le plus spécifique.)

10) Autres perturbations somatiques : Elles ont depuis longtemps attiré l'attention. Tels sont les troubles digestifs, cardio-vasculaires, hépato-biliaires (BARUK), et surtout la perte de poids. Celle-ci constitue avec les troubles du sommeil, de l'appétit, et aussi la perte de la libido des signes de dérèglement d'encéphalique (J. DELAY).

11) La furie du suicide : Ce qui différencie le suicide du déprimé névrotique, du suicide du mélancolique, ce n'est pas tant le fait que le malade ait réellement ou non envie de la mort, mais plutôt sur le fait que le mélancolique peut la rechercher d'une manière obstinée, et ceci peut entraîner des conduites vraiment "psychotiques" que l'on ne retrouve pas chez le névrosé. Elle constitue ce que les auteurs classiques ont appelé "la furie du suicide" : refus total des aliments, (tentative de suicide passive), raptus suicide, (le malade stuporeux se précipite sur une fenêtre ouverte) suicide avec auto-mutilation (bien étudié par BLONDEL, VIGOUROUX et PRINCE ; certaines observations sont restées célèbres, tel que ce malade de P. CARETTE, qui s'était tranché la gorge, arracha une semaine plus tard ses pansements, dilacéra ses plaies et mourut...) suicide lentement et patiemment élaboré, certains malades simulant une amélioration pour arriver à leurs fins (un malade de EY et COLOMB avait avalé plusieurs petits objets tranchants et avait dissimulé une perforation gastrique), ou au contraire dans la forme dite "anxieuse" de la mélancolie expression véhémement du désir de mourir (le malade hurle qu'il veut la mort, veut qu'on le noie, qu'on le pend) enfin, suicide collectif, associant suicide et meurtre, le plus souvent des membres de la famille.

III - LIMITES DE CE SCHEMA CLINIQUE

S'il y a comme le dit EY, "beaucoup de vérité clinique" dans la dichotomie dépression endogène - dépression névrotique, cette opposition n'est pas absolue. Bien sûr, tout état dépressif endogène n'est pas obligatoirement délirant, avec stupeur, avec furie du suicide... Une tristesse réactionnelle très intense peut être difficile à distinguer d'une "tristesse vitale" (K. SCHNEIDER). Le critère "caractère précoce de l'insomnie" a même

été critiqué (COSTELLO et SELBY) . De plus, certains pensent que la clinique de la mélancolie a changé : "les formes typiques sont devenues plus rares, la clinique de la dépression endogène est devenue plus névrotique" écrit HOFF.

Par ailleurs, il y a les dépressions névrotiques qui ont une sémiologie pseudo-mélancolique . Mais il existe aussi des états dépressifs endogènes dont la clinique a été qualifiée de pseudo-névrotique . "Tous les autres s'accordent à considérer qu'il existe des formes de la psychose maniaco-dépressive simulant les névroses à s'y méprendre" écrivent RISER et LABOUCAIRIE . Ces formes sont de deux types : les obsessions périodiques et les autres "équivalents dépressifs".

1) Les obsessions périodiques : C'est l'école française qui a attiré la première l'attention sur ces obsessions qui surviennent sans cause et a rapproché leur caractère périodique de la périodicité maniaque et mélancolique (BAILLARGER, J.P. FALRET, MOREL). J. BALLET écrivait vers 1900 qu'elles peuvent "canouffler un fond dépressif" . Ces crises d'obsessions, cette sorte de névrose obsessionnelle transitoire, dans l'intervalle desquelles n'existe aucun trait obsessionnel et qui apparaissent brusquement chez des sujets ayant des antécédents maniaco-dépressifs, ont été ainsi interprété (notamment par KRAEPELIN lui-même), comme des équivalents dépressifs endogènes . Cette notion est restée classique.

2) Les autres "équivalents dépressifs" : Cette notion d'équivalent dépressif ou de forme "monosymptomatique" s'est étendue à d'autres manifestations cliniques, le "fond dépressif" étant plus ou moins apparent, parfois totalement caché : dans ce cas, on a parlé de "dépression sans tristesse", de "depressio sine depressione", de "dépression larvée" . On a ainsi décrit des insomnies intermittentes (J.BALLET, Y.LONGUET), des formes caractérielles "qui évoquent plus les manifestations inconscientes de l'agressivité névrotique que le désarroi thyroïdique" (RISER et LABOUCAIRIE), des asthénies périodiques (BENON, TASTEVIN), des formes "psychosomatiques", des formes "hystériques", des formes "neurologiques" des "impulsions perverses", des formes "cénestopathiques" et "hypochondriaques" décrites surtout par les auteurs allemands (dépression monopolaire

hypochondriaque de LEONHARD, dépression marginale hypochondriaque de SATTES, dépression végétative de LEMKE). Pour JACOBOWSKY ces formes hypochondriaques d'équivalent dépressif endogène seraient 10 à 20 fois plus fréquentes que la mélancolie typique !

On a sans doute fait entrer de force, avec cette notion de "dépression - sine - dépressionne" certaines manifestations cliniques dans le cadre de la psychose maniaco-dépressive . Toujours est-il que certaines dépressions semblent à la fois endogènes et névrotiques, les critères cliniques et étiologiques n'allant pas obligatoirement dans le même sens . GIBERTI a proposé d'appeler ces états dépressifs des "dépressions ponts" expression qui résume bien la difficulté que peut présenter la délimitation clinique, dépression névrotique- mélancolie.

B / PAR RAPPORT A LA DEPRESSION REACTIONNELLE

Nous avons vu comment "neurotic depressive reaction" a remplacé "dépression réactionnelle", puis est devenu dépression névrotique . Mais les deux termes restent utilisés : certains auteurs mettent en doute l'existence d'une dépression névrotique "autonome", d'autres mettent en doute l'existence d'une dépression réactionnelle "autonome" . Le plus souvent les deux termes sont considérés comme synonymes.

Il est évident que dans le déclenchement de tout état dépressif psychogène, deux facteurs interviennent : le traumatisme psychologique actuel, et le malade lui-même, ses problèmes d'ordre "névrotique" . L'importance respective de ces deux facteurs établit une transition dans le domaine des dépressions psychogènes : chagrin et dépression normale (le traumatisme actuel est tout) dépression réactionnelle (l'épisode actuel a un rôle évident,

mais on ne comprend pas la gravité ou la durée de la dépression, il faut donc faire intervenir le malade) dépression névrotique (le sujet est névrosé, sa fragilité psychique le rend apte à la dépression, à une "décompensation" pour un motif futile). KIELHOLZ, distinguant "dépression névrotique" et "dépression réactionnelle" exprime parfaitement bien la double transition, normal-réactionnel - névrotique : "il va de soi qu'une quantité d'états intermédiaires séparent la douleur psychologique normale de la dépression réactionnelle grave....Il existe toutes les transitions entre dépression réactionnelle et dépression névrotique, qui constitueraient une gamme continue d'états". Les deux termes "réactionnel" et "névrotique" expriment les deux aspects d'un même problème. Les phénoménologues préfèrent "dépression réactionnelle" (avec en vue, l'aspect compréhensible de la dépression) ; les psychanalystes préfèrent "dépression névrotique" (avec en vue, l'aspect pathologique de décompensation). "La dépression réactionnelle révèle une structure névrotique camouflée et inapparente" écrit LE MAPPIAN. Mais où commence cette structure névrotique, avec le "caractère névrotique", la "névrose de caractère"? e plus cette personnalité du malade peut être envisagée suivant une optique constitutionnaliste ou psychanalytique. KIELHOLZ et KINKELIN, étudiant le caractère de base (constitution) des "réactionnels" notent que 74% sont des obsessionnels correspondants au caractère psychasténique de JANET. A cette "constitution", certains répondront : "caractère névrotique obsessionnel".

Mais revenons à notre délimitation clinique : à la phase d'état, rien de bien particulier ne permet de différencier une dépression réactionnelle d'une dépression névrotique : asthénie, anxiété, réactivité sont communs. Quant à l'évolution de la dépression réactionnelle, elle peut se faire suivant une "évolution névrotique" (KIELHOLZ), et là encore certains répondront : Les troubles ont été révélés. Si la dépression s'installe d'une manière progressive, on ne note rien de bien spécifique au point de vue séniologique. Mais si elle s'installe brusquement, sa clinique correspond tout à fait à ce que l'on décrit sous le nom de "névrose traumatique" : inhibition psychomotrice pouvant être presque stuporeuse, comparée à celle de l'animal qui fait le mort et se plaque au sol pour échapper au danger, ou à l'opposé (phénomènes réactionnels contraires) "débauche d'émotions, agitation, crises de larmes

opiniâtres et brusque révolte contre le sort" (KIELHOLZ), avec attitude infantile de soumission, comportement spectaculaire de détresse destinée à attirer l'attention . En cas de début brutal de la "dépression réactionnelle" existe donc une véritable sémiologie réactionnelle, faite d'une expérience d'anxiété aiguë.

C / PAR RAPPORT A LA DEPRESSION D'EPUISEMENT

Parallèlement à la dépression réactionnelle a été décrite une entité clinique très intéressante, qui rappelle beaucoup la neurasthénie (prise dans le sens d'état dépressif chronique); "la dépression d'épuisement", que KIELHOLZ a étudié sous le nom de : "forme asthénique de la maladie des managers". Il la décrit ainsi : "on nomme dépression d'épuisement des phases dysphoriques de tristesse, d'irritabilité et d'apathie, se manifestant d'une manière généralement aiguë à la suite d'une excitation émotionnelle prolongée ou répétée...se présentant comme une sorte de triptyque conditionné par un caractère de base, l'évolution névrotique et l'influence du milieu" . Il s'agit donc d'une sorte de dépression réactionnelle chronique, secondaire à des traumatismes psychiques répétés . KIELHOLZ décrit un caractère de base, comme pour la dépression réactionnelle : les femmes sont sensibles (timides, introverties, sensibles, se sentant éternellement incomprises), quant aux hommes ce sont des obsessionnels, mais pas psychasthéniques : ils sont au contraire hyperactifs dans leur travail, ambitieux, se chargeant sans cesse de nouvelles activités et responsabilités . Ce sont beaucoup plus souvent des "managers" (chefs d'entreprises, avocats, politiciens etc) qui doivent prendre rapidement des décisions importantes "dans une atmosphère agitée et tendue", (vers 1880, comme cause de "l'épuisement nerveux" neurasthénique on notait les excès de la vie moderne), beaucoup plus que d'ouvriers qui n'ont pas de telles responsabilités.

Sur le plan clinique, KIELHOLZ décrit 3 phases : une première phase prodromique faite d'asthénie et d'irritabilité (avec tentatives de suicide fréquentes), une deuxième phase psychosomatique avec conversions somatiques et hypochondrie, "tension végétative", enfin, une troisième phase purement dépressive, très tardive (survenant au bout de plusieurs années, voire des décennies) survenant brusquement à l'occasion d'un "stress" mineur, psychologique ou organique.

Cette dépression d'épuisement représente donc une longue histoire dépressive; elle n'est pas seulement un épisode réactionnel transitoire . Certains y voient l'aspect névrotique du problème (LAMBERT) : ce besoin impérieux qu'ont les malades de travailler toujours plus correspondrait à des problèmes névrotiques, qui seraient ainsi compensés par une grande activité (obs.N°7). D'autres tel P. PICHOT font remarquer que la séméiologie de ces dépressions d'épuisement rappelle par beaucoup de traits les faits envisagés dans le cadre des états dépressifs des syndromes endocriniens : "on peut se demander si, dans ces conditions, il est légitime de faire entrer ces faits dans le cadre des dépressions réactionnelles proprement dites, ou s'ils ne rentreraient pas plutôt dans le cadre encore mal délimité des états dysphoriques non véritablement dépressifs". La situation nosographique de la dépression d'épuisement elle est donc mal définie, en tout cas elle correspond à un état chronique.

D / PAR RAPPORT A LA DEPRESSION ATYPIQUE

Avant d'étudier la clinique de la dépression névrotique proprement dite terminons cette délimitation clinique provisoire par un aperçu de la dépression "atypique" : en effet, avant de pouvoir parler de "dépression névrotique" il faut éliminer cet autre état dépressif . Le problème est simple sur le plan théorique et nosographique : toute classification des états dépressifs

fait une place à la dépression schizophrénique (schizo-affective réaction). Mais sur le plan pratique, le problème est d'importance capitale : devant un adolescent ou un adulte jeune déprimés, il faut savoir reconnaître les signes de début d'une schizophrénie, ce qui est d'autant plus difficile que des manifestations d'allure névrotique peuvent se voir (cette difficulté étant exprimée dans le terme "atypique"). Pourtant, toute une série de symptômes permettent d'envisager le diagnostic, qui n'appartiennent pas à la séméiologie des dépressions névrotiques : la mauvaise qualité du contact (alors que le névrosé recherche un contact), voire la défiance hostile à l'égard du psychiatre, le détachement et l'indifférence du sujet qui ne semble pas concerné par sa dépression et par sa tentative de suicide, un caractère bien spécial de l'angoisse, qui est diffuse, inexprimable, l'indifférence affective, les troubles du cours de la pensée, les bizarreries du comportement, d'éventuels éléments délirants, en bref, toutes les manifestations de la discordance qui, dans la relation : médecin-malade, crée une atmosphère de malaise et de faux contact.

CHAPITRE III

ETUDE CLINIQUE DES DEPRESSIONS NEVROTQUES

Avant d'étudier la clinique proprement dite des dépressions névrotiques il faut examiner dans quelles circonstances pratiques nous apparaît le malade . Celles-ci sont variées, et cette variété exprime bien les divergences de vue sur l'acceptation du terme, nous mettant au coeur du problème nosographique.

Dans un premier cas, il s'agit d'un névrosé évident et connu, et chez ce malade survient un état dépressif aigu, psychogène, réactionnel, à l'occasion d'un traumatisme affectif . Dépression névrotique signifie alors dépression chez un névrosé, un cas particulier est l'état dépressif survenant au cours d'un traitement psychanalytique.

Un deuxième cas est analogue, mais ici le névrosé se plaint de dépression chronique, tel cet obsessionnel psychasthénique que nous verrons en consultation (il viendra réclamer des "remontants"). Il s'agit donc dans ce cas, d'une névrose dépressive et non d'une dépression aigue.

Un troisième cas est bien plus fréquent . Il s'agit d'un état dépressif aigu "révélateur" d'un état névrotique jusque là latent . Le malade peut venir en consultation de lui-même pour sa dépression, ou est plutôt poussé par les siens à se faire hospitaliser . Très souvent, c'est à l'occasion d'une tentative de suicide (Obs n° 3, 6, 7) que l'on prend contact avec le malade . Chez lui, les troubles névrotiques sont imprécis, mal structurés . Certes

le sujet a quelques traits obsessionnels, hystériques, ou phobiques, il a toujours été un "anxieux", ses amis le disent "nerveux". Son enfance s'est passée dans des conditions plus ou moins pathologiques (obs. n°2 à 7) . Mais il n'a jamais consulté en psychiatrie, et il n'est pas question de parler pour lui de "névrose phobique, névrose hystérique, névrose obsessionnelle". On peut éventuellement pour lui parler de "caractère névrotique", et les limites avec le normal sont bien sûr très mal tracées . Chez un tel malade, on parle plus volontiers de dépression réactionnelle, car l'épisode actuel frappe bien plus que son histoire antérieure . Mais puisque le plus souvent au cours d'une telle dépression il n'y a ni délire, ni comportement bizarre, on peut parler de dépression "névrotique" dans le sens de dépression de sémiologie mineure, névrotique.

Un quatrième cas, très particulier, est l'état dépressif réactionnel survenant chez le déséquilibré psychopathe . Il s'agit d'un problème important puisque pour DESHAIES, un tiers environ des malades qui font une tentative de suicide sont des déséquilibrés (il est vrai qu'il s'agit à la fois d'états dépressifs vrais et de tentatives de suicide impulsives). Nosographiquement, les déséquilibrés ne sont pas des névrosés . Il en est de même des toxicomanes, quant aux alcooliques on a parlé pour eux d'alcoolisme névrotique . Chez de tels malades, un état dépressif aigu, psychogène, réactionnel, peut être appelé dépression névrotique, mais suivant un critère exclusivement sémiologique, puisque dans aucun cas il ne signifie : dépression réactionnelle chez un névrosé . Quant à l'état dépressif chronique du psychopathe, il correspond à la "personnalité psychopathique dépressive" : en aucun cas on ne parle pour lui de dépression névrotique.

A / SEMIOLOGIE GENERALE DES DEPRESSIONS NEVROTQUES

La clinique des dépressions névrotiques représente une association de trois grands syndromes : syndrome d'inhibition générale des facultés

intellectuelles, syndrome "affectif" fait de sentiments plus ou moins désagréables, enfin syndrome "physique" (AYD) fait d'une série de complaints somatiques . A ces trois syndromes il faut rajouter leur aspect : "réactivité". Si ces trois syndromes appartiennent à la dépression mélancolique endogène, certains symptômes sont bien plus spécifiques de la dépression névrotique.

I - LE SYNDROME D'INHIBITION PSYCHIQUE

1) Ralentissement psychomoteur général et ennui : Ce ralentissement se voit souvent dès la présentation du malade, mais il est moindre que chez le mélancolique . Ce ralentissement général s'accompagne de sentiments d'ennui . (obs. n° 5,6) . Ces derniers sont souvent précoces lorsque la dépression a mis un certain temps à s'installer . Pourtant au début la malade s'oblige souvent à en faire d'avantage, en particulier sur le plan professionnel (obs. n°3). Mais ce "manège" comme l'appelle AYD ne peut durer bien longtemps . Par ailleurs, le malade se voit obligé d'agir par son entourage qui le presse de conseils lui disant de mener une vie plus active et de se distraire . Si ces conseils ne donnent pas de résultats, le sujet est considéré comme un "ingrat".

Nous avons dit que l'inhibition psychique est moindre dans la dépression névrotique que dans la mélancolie : cet aspect objectif de la différenciation clinique dépression mélancolique, dépression névrotique a été confirmé par les tests (WITTENBORN, DELAY, PICHOT, LEMPERIERE et PERSE).

2) Affaiblissement de la mémoire : C'est une diminution de la mémoire concernant les faits récents dont se plaint le malade (obs n°2) . Il perd le fil de sa pensée dans la conversation ou la lecture, il commence parfois quelque chose, puis, doit s'arrêter, incapable de se rappeler ce qu'il avait commencé . Bien sûr, cette diminution de la mémoire n'est nullement de caractère déficitaire, il s'agit seulement d'une insuffisance de rapidité de l'association des idées.

3) Troubles de l'attention : "Je n'arrive pas à réfléchir, je ne peux pas me concentrer, j'ai la tête à tout, sauf à ce que je fais" sont des plaintes souvent exprimées (obs n°2) . Très gêné par cette tendance à la distraction notamment sur le plan professionnel, le malade a peur de donner à ses collègues de travail l'impression d'une incapacité . Il n'en devient que plus anxieux et cette anxiété à son tour peut diminuer son rendement professionnel.

4) Indécision : Plus la dépression évolue, et plus le malade a du mal à prendre des décisions, à se faire une opinion . Il ne sait plus s'il doit aller consulter, se reposer, ou continuer à travailler . Cette indécision irrite beaucoup l'entourage qui tolère mieux les autres symptômes de la dépression . "Il ne peut se décider" signifie pour les autres : "il refuse de faire ce qu'il peut" . Les relations interpersonnelles du sujet n'en sont que plus tendues, il n'en devient que plus isolé . "la même cause a fait perdre patience à plus d'un médecin, devant un déprimé dont l'attitude ressemblait à l'obstruction systématique d'un malade indocile, plutôt qu'à la coopération d'un sujet vraiment désireux de guérir " (AYD) . Cette indécision exprime bien la façon dont le sujet se place par rapport à ses symptômes dépressifs . Quand il dit " Je ne sais plus comment faire, je ne comprends pas pourquoi j'ai tant de mal à me décider à faire quelque chose," c'est comme si son "je" se distinguait et s'opposait à ses symptômes . Il y a ainsi "une sorte de dualité dans la conscience du malade" (LE MAPPIAN).

II - LE SYNDROME AFFECTIF

1) Autodépréciation : Alors que le mélancolique est fautif, coupable et non malade, le déprimé névrotique a plutôt une chute de l'estime de lui-même . RADO avait remarqué que le déprimé névrotique cherche plus ou moins à cacher cette autodépréciation, et s'il l'exprime, c'est pour qu'on lui dise le contraire de ce qu'il pense de lui .

Il nous dit ainsi : "je ne vauX pas grand'chose, je n'ai même plus confiance en moi, je suis un raté...", et souvent il va lui-même au devant de cette "revalorisation" qu'il attend : "et pourtant je ne suis pas si mauvais, comment se fait-il que j'aie si peu de chance dans la vie, je ne comprends pas..." (obs n°5) . C'est là "self Pity" des auteurs anglo - saxons . Pour KILOH et GARSIDE, elle est très spécifique de la dépression névrotique, c'est le caractère le plus fréquemment retrouvé après l'aspect "réactivité" . GILLEPSIE parlait lui, d'autodépréciation "insincère" et l'opposait ainsi à la vraie "autodépréciation" ou auto-accusation du mélancolique . Avec cette autodépréciation nous avons un nouvel aspect de la "dualité" qui existe dans la conscience du malade, de cette ambivalence névrotique.

2) Culpabilité : Des sentiments de culpabilité peuvent se rencontrer au cours de la dépression névrotique de l'obsessionnel ("intropunitivité")

3) Irritabilité et agressivité : L'irritabilité se fait jour surtout si l'état dépressif est d'installation progressive . Au début, le sujet se rend compte qu'il est facilement contrarié, susceptible, vite impatienté (Obs n°2) . Là encore, il y a un cercle vicieux : le sujet s'irrite de son irritation, se sent coupable de ne pouvoir surmonter son impatience, et l'autodépréciation augmente . Au début cette irritabilité se fait plus sentir au foyer du malade qu'à son travail (où il s'efforce de la cacher).

Cette irritabilité dépressive devient facilement de l'hostilité, de l'agressivité (certains ont parlé de "dépression hostile") . Cette agressivité on la ressent beaucoup mieux chez le déprimé névrotique que chez le mélancolique : GILLEPSIE opposait ainsi schématiquement dépression névrotique et dépression mélancolique : l'un blâme les autres l'autre se blâme lui-même . En fait, ceci est surtout valable chez l'hystérique, car chez l'obsessionnel l'agressivité est davantage intériorisée.

4) Humeur dépressive : Elle fait partie de la définition de tout syndrome dépressif, son importance est simplement fonction de la gravité de la dépression.

5) Anxiété : Bien sûr on retrouve l'anxiété un peu partout en psychiatrie mais dans la dépression névrotique il s'agit d'un symptôme particulièrement important (Obs n° 5- 6) . Contrairement à ce qui se passe chez le mélancolique, chez qui elle reste intérieure, "subjective", ici elle est beaucoup plus manifeste, extériorisée, "objective" (nous avons vu par ailleurs avec l'étude de la dépression réactionnelle que cette anxiété est très importante, surtout si l'état dépressif débute brusquement). Pour GILLEPSIE, le mélancolique se plaint surtout d'anxiété et d'asthénie . Chez l'hystérique, cette anxiété est souvent démonstrative, exhibée aux yeux de l'entourage : "qu'est-ce qui m'arrive, j'ai l'impression que je vais devenir fou" disent les malades . Cette anxiété est relativement calmée au contact d'une personne protectrice.

Sa mesure objective faite par les tests (WITTENBORN, DELAY, PICHOT, LEMPERIERE et PERSE) montrent que l'échelle d'anxiété subjective est à peu près la même dans la dépression névrotique et dans la dépression mélancolique, par contre, l'anxiété démonstrative, objectivement mesurable, se traduit par une échelle agitation bien plus élevée que chez le mélancolique.

6) Dépersonnalisation . Elle est d'importance secondaire, elle peut prendre des aspects sémiologiques variés, et reste en général mineure : quelques sentiments d'irréalité, sentiment d'avoir changé . La dépersonnalisation dépressive a surtout été étudiée chez le mélancolique (VON GEBSTATTEL, STORRING) et certains auteurs comme CURRAN estiment que la dépression névrotique s'oppose à la dépression mélancolique justement par l'absence de dépersonnalisation . En fait, ce schéma est trop simple, la dépersonnalisation peut se rencontrer chez le déprimé névrotique, en particulier chez l'obsessionnel.

7) Manifestations névrotiques transitoires, obsessions et phobies : elles peuvent se rencontrer chez le déprimé névrotique ,tout comme chez le mélancolique.

III - LE SYNDROME PHYSIQUE .

1) L'asthénie . Comme l'anxiété, elle représente un grand symptôme de la dépression névrotique . Elle est notée par de nombreux auteurs (MALLET, BARANDE, LE MAPPIAN, LAMBERT, TH.LEMPIERE, GILLRPSIE). Souvent la première phrase que dit le déprimé névrotique, le plus souvent une femme, (obs n°2, 5) est : "je suis fatiguée", car cette asthénie représente un grand symptôme écran (une "façade" disait DUBOIS) : "dans tous les cas, c'est de fatigue qu'elle se plaint d'emblée, d'abord parce que cela est plus facile quand on va chez le médecin, et qu'ensuite cela n'engage à rien" (BARANDE) . Cette fatigue, dépressive et névrotique, a souvent des caractères bien particuliers qui l'oppose à la fatigue d'origine organique . C'est plus une fatigabilité qu'une fatigue, et elle est surtout importante au réveil . Elle n'est pas liée à l'effort comme la fatigue organique et n'est pas améliorée par le repos . Au contraire, elle peut s'atténuer avec un effort : "accablé de fatigue le déprimé se sent mieux après une heure de marche" (AYD.) Cette asthénie peut être globalement ressentie, elle peut aussi être localisée . Par exemple le malade se plaindra de faiblesse au niveau des jambes (obs n°2) ou d'avoir une fatigue douloureuse au niveau des mollets...

2) Troubles du sommeil : ils sont particulièrement précoces et peuvent constituer le seul symptôme pour lequel le malade vient consulter : " faites-moi dormir coûte que coûte" disent-ils . Mais alors que le mélancolique souffre d'une insomnie totale ou d'une insomnie matinale, chez le déprimé névrotique, il s'agit plutôt d'une insomnie d'endormissement (Obs n°4). Ils ont l'impression d'être "morts de fatigue" et dès qu'ils sont couchés ils se sentent "parfaitement éveillés". Mais plus spécifiquement, quoique plus rare de la dépression névrotique est l'hypersomnie

(obs .N°2), éventualité qui s'observe surtout chez les femmes (AYD) .

3) Céphalées : En fait, les malades disent assez rarement : "j'ai mal à la tête", ils décrivent plutôt des sensations imprécises de "tête lourde" de "cognements" (obs n°2) . La classique "céphalée en casque", décrite à propos du neurasthénique fait souvent place à autant de céphalées qu'il y a de types de malades.

4) Rachialgies . Elles sont fréquemment rencontrées chez le déprimé hystérique . Le malade se plaint d'une raideur ou d'une douleur, au niveau du rachis cervical ou lombaire (syndrome d'atlas).

5) Les troubles de l'appétit : l'appétit est souvent diminué, les malades se plaignent fréquemment de troubles du goût : tout leur paraît insipide. Certains au contraire mangent plus que de coutume . AYD note qu'il s'agit "le plus souvent des femmes, qui ne souffrent pas moins de tension que de dépression". Ces malades qui mangent plus que d'habitude sont le plus souvent des hystériques.

6) Les autres complaints somatiques : Les malades peuvent se plaindre de manifestations somatiques très diverses : troubles digestifs, troubles urinaires, palpitations, sensation d'engourdissement et de fourmillement, troubles visuels, vertiges etc... (obs n°2) . La chute de poids est beaucoup moins nette que chez le mélancolique . Tout ce syndrome physique participe à la fois d'hypochondrie et de manifestations psychosomatiques transitoires . Si ces symptômes sont très importants, on peut parler de "dépression à expression somatique" (R. HEELD).

IV - LA REACTIVITE DES SYMPTOMES

C'est un critère à la fois clinique et évolutif, qui serait très

spécifique de la dépression névrotique ou réactionnelle (KILOH et GARSIDE) par opposition à la dépression endogène . En effet, l'hospitalisation d'un déprimé névrotique et les entretiens qu'il a avec les médecins amènent assez rapidement une amélioration . Le mélancolique endogène au contraire n'a aucune tendance à s'améliorer sans thérapeutique biologique . Cette réactivité est d'autant plus évidente que les troubles névrotiques du sujet sont mal structurés, et que les problèmes actuels qui se posent au malade trouvent une solution . (obs n° 2,3,4,6)

B / ETUDE DE QUELQUES FORMES SEMIOLOGIQUES

Certes, la définition de formes cliniques est toujours un peu artificielle. Ici, nous les envisagerons selon la prédominance des symptômes suivants : anxiété, asthénie, hypochondrie, dépersonnalisation, intensité des sentiments dépressifs et de l'inhibition.

1) Les formes anxieuses.

Les formes "hypérémotives anxieuses", comme en décrit notamment FOLLIN "comportent des aspects dépressifs qui sont parmi les plus spectaculaires, les réactions émotionnelles sont explosives pour des motifs futiles" . Avec ces formes anxieuses ("dépression tension" des auteurs anglo-saxons) où les sentiments dépressifs passent au second plan, se pose le problème passionnant des relations anxiété-dépression . Certes, l'anxiété n'entre pas dans la définition du syndrome dépressif (tristesse + inhibition des facultés mentales) mais les deux "réactions affectives" peuvent être étroitement liées . Pour FREUD, leur relation s'établit ainsi : la douleur est la réaction à la "perte d'objet", tandis que l'angoisse est la réaction au danger de la perte d'objet, et au danger que cette perte entraîne . Cette dernière éventualité se produit justement dans la dépression névrotique.

Dans la névrose d'angoisse on décrit toutes sortes de manifestations somatiques . Si des sentiments dépressifs existent, ils restent très accessoires . La séparation avec la dépression névrotique paraît donc facile, tout au moins sur un plan nosographique . Mais cette distinction ne fut pas toujours considérée comme évidente . Elle constituait un grand problème pour les psychiatres britanniques qui vers 1930 étudiaient les rapports dépression névrotique-dépression mélancolique endogène, et les rapports anxiété-dépression . A un stade extrême, en admettant la transition continue entre ces deux dépressions et ces deux réactions affectives, on pouvait dire, avec MAPOTHER et LEWIS que la névrose d'angoisse (anxiety state, anxiété psychonévrotique, réaction d'angoisse) représentait : "une forme mineure de la mélancolie agitée". Mais il s'agissait bien là d'une position extrême . La pensée de ROGERSON résume très bien les problèmes qui se posaient aux psychiatres britanniques du temps : "les états affectifs, faits soit de prédominance d'anxiété, soit de dépression, appartiennent à deux groupes : les névroses et les psychoses . Les psychoses, que ce soit l'anxiété ou la dépression qui prédomine, sont généralement appelées dépressions . Les névroses ont souvent été appelées états d'angoisse . Il vaudrait mieux les appeler : névroses affectives, que l'on pourrait au besoin subdiviser en névrose d'angoisse et névrose dépressive . En tout cas, la question de savoir si les états d'angoisse doivent être différenciés des états dépressifs perd beaucoup de sa signification : ce qu'il faut distinguer, c'est la névrose affective de la psychose affective.

2) Les formes asthéniques

Parfois, le sujet se plaint exclusivement d'asthénie, le "camouflage" (HELD) des affects dépressifs est alors réussi . Si l'état dépressif est aigu, cette éventualité est rare . Par contre, des formes asthéniques chroniques ont été décrites . FOLLIN (1963), comme types cliniques de "dépression névrotique", parle de formes neurasthéniques et psychasthéniques.

Le "neurasthénique" et le "psychasthénique" ont déjà été étudiés dans le chapitre historique.

3) Les formes hypochondriaques

Nous avons vu avec l'étude des formes atypiques de la dépression endogène que certains auteurs ont considéré l'hypochondrie et les cenestopathies comme des équivalents dépressifs . Mais au cours de certaines dépressions qui ne sont manifestement pas endogènes, l'hypochondrie peut tenir la première place du tableau clinique, en particulier dans la dépression névrotique du musulman nord africain.

La fréquence de l'hypochondrie chez les méditerranéens a été relevée depuis longtemps . De plus, chez le musulman nord africain, les sentiments dépressifs sont rarement verbalisés : le malade ne dira pas "je suis déprimé, je m'ennuie..." mais : " j'ai mal au bras, ça me lance dans l'estomac..." . Comme si la seule possibilité de communication dans ce cas était le "langage du corps" . Dans l'évolution de la dépression névrotique ceci reste valable : la diminution de plaintes hypochondriaques traduisent l'amélioration . On a remarqué qu'il fallait faire intervenir le fait que deux civilisations différentes se rencontrent : on a souvent constaté que dans les milieux où il y a une classe dominante qui parle une langue différente, la psychopathologie prend volontiers une "teinte hypochondriaque" . (POECK a décrit chez les travailleurs italiens vivant en Allemagne "une dépression hypochondriaque de déracinement") . Un troisième élément a aussi son importance : d'une manière générale l'hypochondrie serait plus importante dans les classes inférieures de la Société . Or, chez le musulman nord africain européenisé, de situation sociale élevée, l'hypochondrie fait place à une meilleure verbalisation des sentiments dépressifs.

4) La névrose de dépersonnalisation

Elle a été étudiée par les psychanalystes, surtout BOUVET . Elle se manifeste à l'occasion de la perte d'un "objet affectivement important pour le sujet", donc dans les mêmes conditions que la dépression névrotique . BOUVET montre que cette crise de dépersonnalisation n'a pas

d'évolutivité, et qu'elle se voit avant tout chez l'obsessionnel . Certains auteurs (tel ACKNER) ont violemment critiqué cette "entité" . Il nous semble que l'on puisse simplement y voir une forme clinique de la dépression névrotique (Obs n°7)

5) Les formes "pseudo-mélancoliques"

Il y a deux façons de définir une forme "pseudo-mélancolique" de la dépression névrotique : soit, celle-ci est d'intensité particulièrement grave, soit, il y a des idées plus ou moins délirantes, chez l'obsessionnel en particulier (nous reviendrons bientôt sur cet aspect clinique). C'est la raison pour laquelle le terme mélancolie devrait être réservé exclusivement aux états dépressifs endogènes graves.

C / SEMILOGIE DE LA DEPRESSION NEVROTIQUE SUIVANT LA STRUCTURE DES TROUBLES NEVROTQUES SOUS-JACENT.

1) Chez l'hystérique

La dépression névrotique chez l'hystérique a été largement étudiée, on pense surtout à elle quand on évoque la "dépression névrotique", plus qu'aux états dépressifs de la névrose obsessionnelle . On voit dans dépression névrotique, dépression avec conduite "hystériforme", en pensant avant tout au suicide "chantage" . De plus l'hystérique représente vraiment un terrain de choix pour la dépression . Beaucoup plus que le sujet normal, il a besoin d'apports extérieurs revalorisants, le sentiment de moindre valeur ou la frustration sont pour lui intolérables . Parmi les éléments qui permettent la distinction entre dépression endogène et dépression réactionnelle, KILOH et GARSIDE notent, pour cette dernière, les "traits hystériques" . MALLET écrit : "la dépression névrotique banale, essentiellement hystérique". Quant à STENSJEDT, dans

sa statistique sur la dépression névrotique, il note 3 femmes pour un homme.

Autrefois, l'hystérique consultait volontiers pour un symptôme de conversion, maintenant il consulte beaucoup plus souvent pour une dépression. Pour décrire la dépression névrotique de l'hystérique nous nous référons essentiellement à T. LEMPERIERE (1963). Les deux grands symptômes sont l'asthénie et l'anxiété. L'anxiété est souvent démonstrative, on note des décharges émotionnelles (larmes cris, colères, agitations motrices). Les sentiments dépressifs sont également exhibés aux yeux de l'entourage, ils ont un caractère "ostentatoire" et "inauthentique". Il n'y a pas de sentiment de culpabilité, les reproches et l'agressivité étant dirigés contre l'entourage. Les sentiments de dépersonnalisation sont possibles. Quant au "syndrome physique", il se caractérise par la possibilité de l'hypersomnie, de l'augmentation de l'appétit, de rachialgie. S'il y a une forte "expression somatique", elle s'oriente essentiellement autour de la "sphère orale" (R. HELD).

2) Chez l'obsessionnel

La dépression névrotique chez l'obsessionnel, qu'il s'agisse simplement d'un "caractère névrotique" obsessionnel ou d'une névrose franche, a une séméiologie qui s'oppose schématiquement à celle de la dépression de l'hystérique. Ici, le malade dirige beaucoup plus son agressivité contre lui-même que contre son entourage, les sentiments dépressifs et l'anxiété ne sont pas exhibés. L'auto-dépréciation est alimentée par des sentiments de culpabilité à l'égard desquels le sujet peut très bien conserver la "distance" névrotique. Il dira alors : "j'ai commis telle ou telle faute" pour qu'on lui dise que cette faute n'est pas grave (obs n°4). Mais, ces sentiments de culpabilité peuvent absorber le malade, prendre des proportions "psychotiques" qui rappellent celles du mélancolique, la distance malade-symptôme s'efface alors progressivement. Ces transitions se font ainsi : dans le présent, l'obsessionnel avec ses scrupules et son perfectionisme, craint sans cesse de mal faire, ou de faire une entorse

à la morale . S'il est déprimé, ses craintes ne sont plus seulement du domaine du présent, elles s'étendent au passé : le malade scrute celui-ci, à la recherche de petites fautes qu'il a pu commettre . Il parvient toujours à en découvrir, ou encore celles qu'il a oubliées lui reviennent et le tracassent de nouveau . Entre la crainte obsessionnelle et la certitude (plus ou moins délirante) des fautes commises il n'y a que complète transition : (SIEGEL, MICHAUX) . Cette transition est-elle fréquente ? GITTLESON étudiant 51 névroses obsessionnelles chez lesquelles survient un état dépressif de gravité "psychotique", note que chez 6 d'entre eux, les obsessions, se transforment en délire . Il constate aussi que chez 7 malades, les obsessions disparaissent au cours de l'état dépressif . La dépersonnalisation est fréquente au cours de l'état dépressif de l'obsessionnel.. Quant à la gravité de la dépression, indépendamment de la gravité du traumatisme affectif, elle peut se différencier suivant que le sujet est un obsessionnel inhibé et introverti, type psychasthénique, chez qui l'état dépressif rappelle la "dépression réactionnelle" que décrit KIELHOLZ, ou que l'obsessionnel est extraverti, souvent pycnique . Chez ce dernier : "les crises dépressives sont particulièrement intenses et fréquentes, atteignant une profondeur qui les apparente aux crises de mélancolie endogène" (T . LEMPERIERE).

Quant aux plaintes somatiques, elles s'orientent autour de la sphère intestinale, "anale" comme le disent les psychanalystes.

3) Le type intermédiaire

Entre ces deux pôles, hystérique et obsessionnel , existent des cas intermédiaires (notamment la dépression du névrosé phobique) . Chez ces malades de type clinique mixte l'état dépressif névrotique se traduit par une dépression de type hystérique, avec anxiété et asthénie, les sentiments dépressifs étant plus ou moins exhibés, et par une recrudescence ou une apparition de phénomènes obsessionnels ou phobiques (MALLET). Ce type intermédiaire est bien sûr très fréquent, puisque la plupart du temps les troubles névrotiques du malade sont mal structurés.

CHAPITRE IV

PROBLEME DU SUICIDE DANS LES DEPRESSIONS NEVROTIQUES

Le suicide accompli ou sa simple tentative font partie de la clinique des dépressions névrotiques : il est évident qu'il n'est pas besoin d'être mélancolique pour se suicider . Le schéma classique qui oppose le mélancolique qui se suicide au déprimé névrotique qui n'en fait rien ou qui fait un chantage manque de nuance . ASCHER écrivait en 1952 : "Généralement on ne croit pas que les névrosés puissent faire des tentatives de suicide sérieuses et cette opinion aboutit fréquemment au désastre . Le danger de suicide est indépendant d'un éventuel comportement psychotique". Notons cependant la statistique de STENSTEDT, qui sur 176 déprimés névrotiques signale 12% de tentatives de suicide et seulement une réussite.

Ce problème du suicide est très intéressant car il peut entrer pour une grande part dans l'idée que l'on se fait de la dépression névrotique : par névrotique, on entend chantage au suicide (essentiellement conduite hystérique). Ce risque de suicide est bien sûr influencé avant tout par la gravité de la dépression mais aussi par la personnalité du malade . Plusieurs auteurs (FAIRBANK, WALL, CARP, BATCHELOR) ont noté les tendances suicidaires chez les sujets à personnalité sensitive, (ceci rejoignant les études de KIELHOLZ sur le terrain de la dépression réactionnelle : 74% de sensitifs.) Dans la mesure où l'on parle d'alcoolisme névrotique il faut dire un mot de l'état dépressif de l'alcoolique . L'ivresse dépressive représente une situation

très particulière au cours de laquelle le risque suicidaire est généralement considéré comme très important . Au cours d'une cure de désintoxication, la séméiologie dépressive peut être sévère . Quant aux dépressions névrotiques réactionnelles, survenant chez les alcooliques, tout le monde est d'accord pour reconnaître qu'elles présentent un risque suicidaire élevé . (Aux Etats Unis un tiers des suicides surviennent chez les alcooliques).

Chez le déséquilibré psychopathe, la tentative de suicide est l'expression d'une révolte mais peut fort bien aboutir . Chez le névrosé dont les troubles sont mal structurés, la tentative de suicide peut également aboutir, tout dépend de la gravité de la dépression . Mais il est plus intéressant d'étudier ce problème chez le malade dont la névrose est bien structurée, à savoir : l'hystérique et l'obsessionnel (la névrose phobique représentant une situation intermédiaire).

Il est classique de dire que chez l'hystérique la conduite suicidaire affecte "la forme structurale de cette névrose, "celle du simulacre" (DESHAIES). On parle fréquemment de comportement pseudo-suicidaire, de chantage, et on fait intervenir ce critère dans la dichotomie mélancolie-dépression névrotique . En effet, la tentative est souvent faite dans un lieu non isolé, le coma est léger car le toxique absorbé peu dangereux, et finalement la tentative échoue. Pourtant de telles tentatives représentent des menaces qu'il ne faut prendre à la légère (indépendamment du fait que la malade peut "rater son coup") car la fréquence des récurrences et l'aggravation progressive à chaque épisode dépressif peut aboutir à des tentatives dites "sérieuses" (le mauvais pronostic, s'il y a des tentatives antérieures chez un déprimé étant une notion classique). Comme le remarque DESHAIES, "la contrefaction de la maladie se trouve sur la voie de la contrefaction de la mort". Certains anciens auteurs avaient insisté sur ce point, tel SOLLIER, qui avait bien étudié l'hystérie et qui écrivait en 1897 que le suicide chez l'hystérique est beaucoup plus fréquent qu'on ne le croit habituellement, ou comme GARNIER et COLLIOLAN, qui écrivaient en 1900 : "Il y a quelques exagérations dans l'idée que les hystériques simulent toujours et jouent l'éternelle comédie de la mort . Poussés par la nature même de leur déséquilibre mental, en

dehors de toute autre considération, les hystériques se tuent parfois et plus fréquemment qu'on ne le dit". Car ces tentatives "chantage" représentent en fait, un appel à l'aide, une quête affective. L.SAULNIER écrivait en 1965 : " On a trop dit que l'hystérique pratiquait le chantage au suicide mais ne se suicidait pas...il faut abandonner cette distinction entre vrai et faux suicide, tôt ou tard, n'importe quel faux suicide peut devenir vrai". La gravité de la dépression chez l'hystérique, du moins les nuances qu'il faut apporter dans l'appréciation de son risque suicidaire, sont donc des notions classiques et anciennes mais périodiquement rappelées.

A l'autre pôle, chez l'obsessionnel, le problème est différent : il ne s'agit plus du problème des récidives mais de la profondeur de la dépression. Il est classique de dire que le suicide est très rare chez l'obsessionnel, K. SCHNEIDER, dans son livre sur la tentative de suicide le considère comme "exceptionnel". Chez l'obsessionnel psychasthénique on estime généralement que les inhibitions sont telles que le passage à l'acte est exceptionnel. Mais, revenons à l'étude de GITTLESON : parmi ses 52 névrosés obsessionnels ayant fait une dépression grave, de séniologie psychotique, 39 malades gardent leurs obsessions au cours de l'état dépressif, et parmi ceux-ci deux tentatives de suicide. Parmi les 13 malades restant, 7 voient leurs obsessions disparaître au cours de la dépression, 6 voient celles-ci se transformer en délire : parmi ces deux derniers groupes de névrosés obsessionnels déprimés, 5 tentatives de suicide (ce qui établit la valeur anti-dépressive de l'obsession). Certes, chez ces névrosés obsessionnels, il s'agit de dépression grave, mais cette étude prouve bien que le risque de suicide ne doit pas être pris à la légère. C'est également ce que résume GREEN : " On ne saurait totalement éliminer ce risque, mais c'est alors que l'ensemble de la structure obsessionnelle a basculé dans la dépression grave, voire la mélancolie, ce à quoi il faut être attentif dans l'observation de ses patients". Par conséquent, là encore, la conduite suicidaire permet difficilement d'entrer dans la définition du concept de dépression névrotique.

CHAPITRE V

- L'APPORT PSYCHANALYTIQUE -

1) L'apport psychanalytique en général :

Nous devons étudier ce domaine puisque c'est sous l'influence de la psychanalyse que le concept s'est développé . En France, la dépression névrotique a surtout été étudiée par MALLET, NACHT, RACAMIER, BARANDE . Dans le débat concernant le problème des relations dépression endogène, dépression réactionnelle ou névrotique, les psychanalystes sont partisans d'une conception uniciste des états dépressifs . Pour eux il n'y a que transition entre dépression névrotique et dépression mélancolique : "c'est ce plus ou ce moins, qui donne leur contenu spécifique aux divers états dépressifs, depuis la petite dépression névrotique jusqu'à la grande mélancolie délirante" (NACHT et RACAMIER) . Cette position est absolument commune à tous les psychanalystes (conférence de Montréal de 1959, symposium de Paris en 1954) . Dans cette optique, certains pensent justement que les transitions sémiologiques sont fréquentes : " le passage entre le niveau névrotique d'une dépression et son niveau psychotique est bien plus fréquent qu'on ne le dit d'habitude" (NACHT et RACAMIER).

2) L'agressivité du déprimé :

La psychanalyse définit la dépression par la perte d'objet, par la

rupture d'un lien "étroit et mutuel d'amour" (notion classique en psychanalyse depuis les travaux de FREUD et ABRAHAM) . Par "objet" on entend une personne aimée, un idéal collectif, (PASCHE), social ou spirituel . Par perte d'objet, on entend la mort pure et simple de celui-ci, sa dévalorisation, l'humiliation infligée par l'objet au malade, l'éloignement de l'objet ressenti comme une perte, ou encore l'échec en général, ressenti comme une dévalorisation devant "l'idéal du moi" . Or, chez le déprimé, la "relation d'objet" a une fonction narcissique : il s'agit d'un amour exclusif et possessif (le déprimé "colle" à son objet disent les psychanalystes), l'objet n'est pas aimé pour lui-même et pour ce qu'il est, mais comme une partie de soi-même . Ainsi, cette jeune femme qui vient d'avoir une déception sentimentale dira : "il était tout pour moi et j'exigeais de sa part d'être tout pour lui" . De plus, le déprimé a peu d'objets . Si la perte d'objet se produit, le malade se trouve soudain "amputé" de ce qu'il considérerait comme la meilleure partie de lui-même, et on comprend ainsi, la différence qu'il y a entre le sujet normal, qui réussit à surmonter son chagrin et le sujet qui fait une dépression réactionnelle ou névrotique (termes absolument synonymes pour les psychanalystes), au cours de laquelle on comprend mal l'intensité ou la durée de la dépression . En effet, une fois que le sujet a perdu "cette meilleure partie de lui-même", que se passe-t-il ? L'équilibre des pulsions amour-haine est rompu, il y a une "décompensation", la "libido" devient vacante et l'agressivité prend le dessus . Cette agressivité, le sujet afin de l'épargner à l'objet qu'il veut sauvegarder, la dirige à la fois contre lui-même et contre les autres . Nous avons vu que chez l'hystérique cette agressivité est surtout dirigée contre autrui, par opposition à l'obsessionnel qui la retourne plutôt contre lui-même (le mélancolique la retournant totalement contre lui-même dans la théorie psychanalytique.) C'est ce qu'exprime BARANDE, analysant la dépression névrotique de la jeune femme : "il ne vous a pas échappé que sa douleur est une accusation et que toutes les manifestations de sa dépression réalisent en fait par détour, son agressivité envers autrui . Il n'est que de reconnaître

en vous, si vous avez eu la disponibilité d'écouter la malade jusqu'ici, un début de lassitude, d'impatience, de retrait peut-être devant sa quête assidue, pour constater qu'effectivement elle vous "atteint", c'est à dire qu'elle réussit bien à entamer l'autre". La théorie psychanalytique explique donc ainsi l'agressivité du déprimé névrotique, mais elle explique aussi d'autres symptômes.

3) Les modes de défense contre la dépression

a) Inhibition et ennui.

Depuis FREUD, les psychanalystes considèrent l'inhibition comme une défense contre l'angoisse . Nous avons vu que dans la dépression névrotique l'inhibition psychique est faible, par opposition à l'anxiété . Au contraire, dans la mélancolie, l'inhibition masque l'angoisse, tout au moins l'angoisse objectivement mesurable .

L'ennui apparaît, d'après GREENSON, comme une défense contre les sentiments de tristesse . " Vous avez senti le poids de l'ennui qui se dégage de son récit difficile, parcimonieux, réservé, entrecoupé de longs silence . Expression de l'inhibition et du ralentissement de son activité psychique, il tend à éponger les débordements anxieux en rendant sa tristesse étale sans cependant y parvenir pleinement" (BARANDE).

b) L'obsessionnalisation

De même que la névrose obsessionnelle représente la plus fine et la plus structurée des névroses, l'"obsessionnalisation" selon le terme de ROUVET, représente une tentative finement élaborée "d'endigement" des affects dépressifs . L'obsession représente généralement un excellent moyen de défense contre les sentiments de tristesse . Les phénoménologues ont une vue identique (GITTLESON) . Bien sûr ce mode de défense est surtout utilisé par les sujets dont la personnalité est orientée dans le sens obsessionnel (LEBOVICI) et,

dans une optique psychanalytique aussi bien par le déprimé névrotique que par le mélancolique.

C) Procédé de récupération affective orale

Bien étudiés par MALLET et RADO, ils sont assez fréquemment "utilisés" contre les sentiments dépressifs et contre l'angoisse de la dépression névrotique. Ces procédés ont toujours un style "toxiconianique" et un caractère "d'addiction". On parle de style toxiconianique car les besoins récupérateurs du déprimé névrotique ont les caractères du besoin du toxicomane : besoin impérieux qui, s'il n'est pas satisfait, engendre une forte angoisse. "Ayant reçu sa ration, le déprimé s'apaise et se sent assouvi, jusqu'à la répartition plus ou moins éloignée de l'état de besoin : la nature orale en est évidente" (NACHT et RACAMIER). Il peut s'agir d'un toxique proprement dit : alcool, tranquillisant (ou au contraire psychotoniques) réalisant des addictions médicamenteuses, ou bien il peut s'agir d'une addiction forcenée à la nourriture ou au sommeil. Nous avons vu en effet que l'appétit du déprimé névrotique (notamment de l'hystérique) peut être augmenté, et qu'il peut dormir davantage que de coutume. A l'extrême, l'expression du désir de nourrir représenterait un désir oral de dormir à volonté (LEWIN). Ces deux éléments très importants de la dépression névrotique, augmentation du sommeil et de l'appétit, prennent donc un sens dans une optique psychanalytique.

4) Un aspect particulier "relationnel" de la dépression névrotique

Nous avons vu avec l'étude de la sémiologie générale, comment certains symptômes contribuent à isoler le malade et à se faire qualifier par le médecin généraliste de "malade qui ne coopère pas". Mais nous voulons surtout reprendre ici l'étude de cette distance que le déprimé névrotique établit entre lui et ses symptômes, cette distance

névrotique qui l'oppose au mélancolique, qui ne fait qu'un avec sa dépression.

Le déprimé névrotique nous demande de l'aider, (par opposition au mélancolique). Mais ce qu'il y a de névrotique dans cette demande d'aide, c'est que le malade tout en n'exprimant pas clairement la nature de cette aide qu'il attend, n'est pas pour autant près à accepter celle qu'on lui proposera ! Si on lui prescrit un médicament il se montrera souvent déçu et enettra des doutes sur le bien fondé de la prescription : "vous croyez que ça va ne faire quelque chose ?" (Ce sentiment d'impuissance à guérir exprimant par ailleurs son agressivité). Car cette aide qu'il demande, il l'exprime d'une façon indirecte par ses symptônes, qui sont le véhicule de la relation nédecin-malade : "Il est évident que le déprimé attend quelque chose, tant que sa dépression n'est pas psychotique . Il est non moins évident qu'il ne demande et n'adresse rien directement, mais essentiellement par le canal de sa dépression : ce sont ces symptônes qui deviennent le porte parole de ses tendances libidinales et agressives" (NACHT et RACAMIER) . L'asthénie devient un porte parole commode, permettant au malade de garder une certaine distance à l'égard du nédecin . Quant à la souffrance vécue, et l'autodépréciation ("vois comme je souffre....je ne vauX pas grand'chose"), elles signifient : "aine moi donc à nouveau". C'est pourquoi le nédecin doit être l'objet "revalorisant", et il ne doit en aucun cas donner au malade l'impression qu'il le comprenne moins bien que le malade ne se comprend lui-même : le nédecin serait alors "dévalorisé" (MALLET).

Pour terminer l'étude de cet aspect particulier de la clinique des dépressions névrotiques, remarquons que ces notions psychanalytiques de révalorisation ne sont pas tellement nouvelles puisque Maurice DE FLEURY parlait en ces termes de la psychotérapie du neurasthénique (1905) : "Il est certain que pour n'être pas suggestible au sens précis du mot, le neurasthénique est pourtant impressionnable, il a besoin d'être compris par son nédecin, de pouvoir lui parler et

lui faire ses confidences sans susciter chez lui l'impatience ou l'ironie . Avidé de sympathie plus encore que d'encouragement, il recherche un coeur fraternel pour épancher son coeur débordant de tristesse ; il faut qu'en arrivant dans le cabinet du docteur, son âme toujours inquiète éprouve le sentiment de sécurité retrouvée, de bon tuteur, d'appui solide".

CHAPITRE VI

COMMENT A-T-ON PU DEFINIR LA DEPRESSION NEVROTIQUE ?

Après avoir étudié l'historique et la clinique des dépressions névrotiques, nous sommes maintenant en mesure d'envisager les différentes définitions que l'on a implicitement ou explicitement données du concept. Certains auteurs se sont basés sur des critères cliniques, d'autres sur des critères étiologiques, d'autres enfin, sur des critères psychopathologiques.

1) Un critère clinique qualitatif : conduite névrotique.

Beaucoup entendent par dépression névrotique une dépression avec chantage au suicide, c'est-à-dire avec conduite "névrotique" essentiellement hystérique. Dans ce cas, névrotique signifie "faux", par opposition au mélancolique qui lui est le "vrai" déprimé. Cette définition est celle qui se trouve dans le manuel de psychiatrie de H. EY, P. BERNARD et Ch. BRISSET (Page 223) : "Il y a des troubles fonctionnels hystériformes, d'où le terme dépression névrotique. Le chantage au suicide est constant". Certes l'hystérique, avec sa sensibilité aux frustrations, représente un terrain de choix pour la dépression. Mais, d'une part la notion de chantage au suicide doit être nuancée, d'autre part existe aussi la dépression névrotique de l'obsessionnel dont la clinique est très souvent celle d'un "vrai" déprimé et n'a rien d'hystériforme. Cette définition ne

s'applique qu'à une partie des malade, c'est pourquoi ce critère clinique qualitatif nous semble critiquable.

2) Un critère clinique quantitatif ; intensité névrotique.

Dans ce cas, dépression névrotique s'oppose à dépression d'intensité psychotique . Par névrotique, on entend gravité moyenne, le malade restant en contact avec la réalité . Ce critère a l'avantage de la simplicité, mais, il faut d'une part :

séparer les états dépressifs aigus des états dépressifs chroniques . Aux formes chroniques "neurasthéniques" et "psychasthéniques" (FOLLIN) le terme névrose dépressive correspond mieux, car il s'agit beaucoup plus d'un mode de vie que d'une dépression transitoire.

d'autre part :

Il faut préciser l'étiologie psychogène, puisque il y a des dépressions endogène dont l'intensité n'est pas psychotique, telles ces obsessions temporaires.

3) Un critère étiologique : dépression psychogène, réactionnelle.

Dans ce cas, dépression névrotique s'oppose à dépression endogène . Beaucoup d'auteurs utilisent tantôt le terme "dépression névrotique", tantôt celui de "dépression réactionnelle". Dans leurs articles ils mettent souvent l'un d'eux entre parenthèses à la suite de l'autre. Mais dans ce cas, le terme "dépression névrotique" a peut être une signification trop large, toute dépression qui n'est pas endogène devenant alors une dépression névrotique.

4) Un critère psychopathologique : décompensation .

Cette façon de voir a été surtout celle des psychanalystes : ils

préfèrent le terme "dépression névrotique" à celui de "dépression réactionnelle", car dans "dépression névrotique ils ont en vue toute une personnalité, avec ses troubles névrotiques, et la "perte d'objet" qui provoque une décompensation dépressive . Mais le problème nosographique qui se pose est la délimitation entre sujet normal et sujet névrosé :

- a) S'il s'agit d'un déprimé de névrose bien structurée et évidente, la définition de la dépression névrotique ne présente aucune ambiguïté . C'est ainsi que la définit T. LEMPERIERE : "des manifestations d'allure franchement dépressives provoquées par la résurgence de conflits intrapsychiques plus ou moins refoulés ou circonscrits... Nous l'envisagerons dans le sens d'état dépressif apparaissant chez des personnalités névrotiques patentes". Dans ce cas dépression névrotique signifie dépression chez un névrosé, la définition est très précise mais aussi restrictive . La dépression névrotique se distingue alors de la dépression réactionnelle qui est la dépression d'un sujet qui se rapproche plus de la normale.
- b) Mais s'il s'agit de troubles névrotiques mal structurés il devient difficile de différencier réaction et décompensation, la distinction entre le normal et le pathologique devient très difficile, dépression névrotique rejoint complètement dépression réactionnelle.
- c) De plus, se pose le problème des déséquilibrés psychopathes: nosographiquement, ce ne sont pas des névrosés, ils n'entrent pas dans le concept de dépression névrotique si l'on entend par cette dernière dépression chez un névrosé . Il faut alors les étiqueter "dépressions réactionnelles".

5) Un critère historique : réaction dépressive névrotique

La dépression névrotique est une dépression réactionnelle de sénio-
logie névrotique, dans le sens intensité névrotique. Cette défini-
tion est sans prétention, mais simple et précise.

OBSERVATIONS

La première observation est une psychose maniaco-dépressive, les six observations suivantes sont des dépressions névrotiques . Nous précisons qu'aucun des malades ne présentait le moindre signe de discordance . Les antécédents psychiatriques familiaux seront notés s'il y a lieu.

OBSERVATION N° 1

Madame K..., 43 ans, institutrice, est hospitalisée pour état dépressif grave, traînant depuis un mois, mais particulièrement intense depuis 10 jours . Il y a deux mois elle est sortie de clinique privée où elle fut traitée pendant 45 jours pour état maniaque . Sa présentation est typique d'une mélancolie endogène . Elle ne parle pas, répond par quelques mots aux questions qu'on lui pose . Encore faut-il une grande patience, car l'inhibition est considérable . Elle répète toujours la même chose : "Je ne suis mise dans le pétrin, je ne suis mise dans le pétrin, j'ai fait des communions sacrilèges". Son facies exprime plus la stupeur que la tristesse, et elle refuse absolument tout contact.

Au bout d'une semaine, et sous l'influence des électrochocs, elle commence à s'occuper et à parler d'elle même : "Je dors mal la nuit, le matin surtout j'ai l'impression que ça ne va pas . Chaque fois c'est la même histoire : j'ai l'impression d'avoir l'air bête . les autres malades disent que j'ai l'air gourde . J'ai honte d'avoir fait des communions

sacrilèges..."

Au bout de 3 semaines elle dit qu'elle dort beaucoup mieux, elle n'a plus l'impression qu'on se moque d'elle, elle ne pense plus aux communications sacrilèges, elle nous raconte son histoire clinique, qui est typique d'une psychose maniaco-dépressive.

Son premier épisode dépressif se situe en 1957 : "sans trop savoir pourquoi, je suis tombée dans la dépression . Je ne prenais plus aucune nourriture, je ne pensais qu'à nourrir, en plus je ne voyais tout à fait d'arnée".

Deuxième épisode dépressif en 1962 : "cette fois ci, c'était comme avant, mais en plus j'entendais des voix qui ne disaient que je devais nourrir".

Troisième épisode dépressif en 1964 : Cette fois ci, j'étais un peu agitée j'entendais des bruits qui m'évoquaient une scierie, un grand tapage, je croyais qu'on m'envoyait l'enfer . Je ne mangeais pas du tout, j'ai voulu me suicider en prenant des médicaments" ,

En 1967, premier épisode maniaque, à la suite duquel est survenu l'état dépressif actuel . Chaque épisode avait de semblable au précédent qu'il survenait sans cause (de l'avis de la malade) et qu'il était d'une gravité psychotique, nécessitant chaque fois une hospitalisation de plusieurs semaines . Mais chaque dépression a pu être traitée assez rapidement et entre les crises elle a pu mener une vie pratiquement normale . Madane K... n'a jamais vécu de dépression réactionnelle . Sa biographie n'apporte rien de bien particulier : elle a été élevée par ses parents, dans des conditions de vie normales, était une bonne élève à l'école, a passé son bac pour devenir finalement institutrice . Elle ne s'est jamais mariée . Elle a suivi une psychothérapie pendant plusieurs mois (en raison de ses dépressions) mais sans aucun résultat . Elle n'a pas d'antécédents familiaux maniaco-dépressifs.

Sa personnalité est surtout obsessionnelle, elle est scrupuleuse à l'excès très croyante, perfectionniste, craignant toujours de faire une entorse

à la morale, attachant par ailleurs, beaucoup d'importance à son travail .

Cette observation nous montre comment il existe des dépressions manifestement endogènes : pas de cause déclanchante, antécédents personnels de manie et de depression endogène.

OBSERVATION N° 2

Madame P... 38 ans, est venue se faire hospitaliser pour un état dépressif qui traîne depuis deux mois, réactionnel à des problèmes familiaux . Elle vit avec ses six enfants dans un appartement de deux pièces : depuis plusieurs années elle cherche un appartement plus convenable . De plus son mari est jaloux d'elle et la maltraite . Depuis deux mois, elle se sent très fatiguée, découragée, ayant fréquemment envie de dormir . Cette fatigue l'a fait consulter en médecine générale : des fortifiants, un peu de valium et quelques somnifères avaient amélioré son état . Mais il y a quinze jours à la suite d'une nouvelle scène de jalousie de son mari, est survenu une brusque aggravation de son état dépressif . Elle est devenue complètement découragée et "abattue", restant chez elle à ne rien faire, ne se levant même pas, sa fille étant obligée de la déshabiller . Elle n'a pas d'idées de suicide ; elle a demandé d'elle-même son hospitalisation . D'emblée elle expose ses problèmes : "je suis fatiguée, je ne peux plus avoir aucune activité . J'oublie des tas de choses, je n'ai plus de mémoire, je cherche des mots que je ne trouve pas . J'ai du mal à me concentrer, je ne peux plus même lire . Je ne reconnais plus, tout me dégoûte . En plus je me mets en colère pour un rien maintenant". Elle n'a pas vraiment un sentiment d'autodépréciation mais plutôt une sorte de découragement, d'ennui, de déception . Elle expose également de nombreuses plaintes somatiques . " Je dors tout le temps, pourtant je suis toujours fatiguée . J'ai mal

à la nuque, ça ne résonne dans la tête . J'ai des courbatures partout, j'ai mal aux veines . Je ne peux plus supporter le moindre bruit, j'ai presque envie d'étrangler mes enfants quand je les entends brailler à la maison . J'ai la mâchoire fatiguée, ça ne fait mal pour manger, ça ne lance dans les bras et dans les jambes, surtout quand je suis debout..." Certes, l'hostilité de son mari et ses conditions de vie expliquent une telle dépression . Mais une étude biographique nous renseignera mieux sur la personnalité de Madame P... Elle est née en Algérie, aînée d'une famille de sept enfants . Dans son enfance dit-elle : "j'ai eu un grand manque d'affection car mon père et ma mère travaillaient à la ville, ils ne venaient seulement une fois par semaine . J'ai été élevée par une grand'mère puis par une tante." Sa scolarité s'est passée normalement, elle est allée à l'école jusqu'à 16 ans, puis a été mariée dès cet âge . Elle est venue vivre avec son mari à Paris : à 22 ans elle a son premier épisode dépressif qui, dit-elle "était absolument identique" à celui qu'elle connaît aujourd'hui . Il avait duré quelques semaines, puis tout était rentré dans l'ordre . Par la suite, "j'ai perdu toutes mes illusions sur mon mari, il n'a fait que devenir de plus en plus désagréable . La naissance des six enfants n'a fait qu'accroître nos difficultés."

Elle se décrit comme très émotive avec des traits phobiques : dans l'enfance, elle avait très peur de tout ce qui rampe, souvent aussi elle avait peur du noir . Actuellement elle ne s'assoit jamais sur l'herbe : elle met toujours une couverture . Ses traits névrotiques sont donc mineurs . Au bout d'une quinzaine de jours, elle a pu quitter l'hôpital et reprendre ses activités . Chez cette malade, la situation vécue est très traumatisante, si l'on parle de dépression névrotique c'est dans le sens d'une dépression réactionnelle de séméiologie névrotique .

OBSERVATION N° 3

Monsieur L... 25 ans, est hospitalisé pour une tentative de suicide survenue dans les circonstances suivantes : ayant avalé plusieurs comprimés de Surmontil vers la fin de la soirée, il est pris dans la nuit de violents vomissements . Le bruit réveille ses voisins qui habitent comme lui au septième étage dans une chambre de bonne . Monsieur L... avait laissé une lettre adressée à ses parents expliquant qu'il se sentait complètement seul et abandonné . Dans ces conditions "il préférait en finir avec la vie" . L'épisode dépressif se résume ainsi . Il y a une quinzaine de jours, Monsieur L... qui est cuisinier dans un grand hotel parisien, vient comme chaque semaine rendre visite à ses parents qui habitent la province . Sa mère lui reproche de porter des vêtements excentriques et d'avoir les cheveux trop longs . Il supporte très mal ces reproches, décide de quitter ses parents immédiatement et rentre à Paris . Puis regrettant son attitude un peu brutale, il écrit à ses parents une lettre où il s'excuse de sa conduite et promet de soigner sa tenue . Mais ses parents négligent de lui répondre, pensant qu'il viendra de lui-même les revoir . Les phénomènes dépressifs commencent alors à apparaître . (de plus un autre problème le préoccupe : depuis un an, il cherche un autre logement, sans résultat) . Il pense sans cesse à cette lettre qu'il devrait recevoir de sa mère et qu'il ne reçoit pas, il devient triste, dort mal, n'a plus d'appétit, commence à se désintéresser de tout . Pourtant, à son travail il ne veut pas que ses collègues se rendent compte de la dépression où il se trouve et pour cela travaille plus que de coutume, fait des heures supplémentaires . Il devient en même temps très irritable, ce qui n'est pas son habitude, ses collègues le trouvent changé, puis les symptômes dépressifs s'accroissent peu à peu, jusqu'au jour où : "Je ne me sens complètement abandonné et inutile, j'avais l'impression que je ne valais pas grand'chose et que mes parents ne s'intéressaient plus à moi, j'ai donc décidé de mourir" .

Il s'agit du premier état dépressif de Monsieur L..., il n'a jamais été hospitalisé ni suivi en milieu psychiatrique . Il est stable à son

travail, ses supérieurs l'apprécient . Au sujet de sa biographie, il faut noter des crises d'asthme dans l'enfance, et qu'il fut très tôt considéré comme "extrêmement sensible" . Entre 5 et 12 ans il a été élevé par sa grand'nère . De plus il a des tendances homosexuelles très fortes (il a été réformé pour cela). Cette homosexualité constitue son véritable problème psychologique, car il en souffre, a toujours caché à sa mère ce qu'il considère comme une sorte de défaut.

Par la suite, après une semaine d'hospitalisation, et la visite de ses parents, il se sent moins déprimé et regrette son geste "un peu stupide". Chez ce malade, le terme dépression névrotique est meilleur que celui de dépression réactionnelle, le motif semblant bien futile pour une telle réaction dépressive.

OBSERVATION N° 4

Monsieur B...41 ans, ouvrier boulanger est hospitalisé pour un état dépressif réactionnel à une accusation de vol injustifiée, portée contre lui, par un collègue de travail . Avant d'envisager l'épisode dépressif actuel, il faut raconter sa biographie, car celle-ci est riche en traumatismes psychologiques . Monsieur B...est fils naturel, il a d'abord été élevé en nourrice pendant 4 ans, puis est venu dans un orphelinat à Paris . Il garde un très mauvais souvenir de cette période : "Nous devons toujours marcher à la baguette, c'était un véritable Buchenwald de Paris". De 6 à 14 ans, il doit vivre dans un autre orphelinat : de cette période également, il garde un fort mauvais souvenir : "j'ai vraiment beaucoup souffert alors, j'étais bien plus heureux plus tard dans l'armée". Il se rappelle en particulier qu'il lui arrivait d'être puni injustement . A 14 ans il quitte le pensionnat et commence un apprentissage de boulanger . Il est employé successivement par plusieurs patrons, et il lui vient à l'idée, en évoquant cette période

qu'une fois il avait été puni "injustement" . A 18 ans, il décide de s'engager dans l'armée : " J'y aimais la tranquillité, le fait de dormir sans soucis, mais certaines injustices dont d'autres étaient victimes n'étaient particulièrement désagréables ." Il reste environ 5 ans dans l'armée, puis se marie, reprend son activité de boulanger . Par la suite on note chez lui une bonne stabilité professionnelle et familiale, ce qui nous amène à l'épisode dépressif actuel.

Il y a quelques jours, un collègue de travail l'a accusé de lui avoir volé cent cinquante francs . Ce collègue s'est plaint au patron, et a accusé publiquement Monsieur B...Celui-ci essaye de se disculper mais son collègue continue à l'accuser . Monsieur B... travaille depuis longtemps dans la même maison, estimé par son chef et par ses collègues . "Ces derniers étaient persuadés que je n'avais pas volé l'argent . Je ne comprends pas pourquoi je ne lui ai pas simplement cassé la figure au lieu de me faire tant de souci . Cette accusation m'a tellement secoué, que je ne suis retrouvé complètement à plat". En effet, les jours suivants apparaissent chez Monsieur B... une très forte anxiété et insomnie . Son collègue qui l'avait accusé lui propose maintenant de rendre l'argent par petites tranches . Ceci augmente encore plus chez Monsieur B... la sénologie dépressive, il pleure, ne dort presque plus malgré les somnifères, il se sent "complètement vidé". "C'est la première fois que j'ai été à ce point injustement accusé, j'ai toujours été honnête". Pourtant, il nous confie, dans son expérience dépressive : "qu'il est allé quelquefois avec des prostituées, et il sait que ça n'est pas bien". Mais il s'agit là de sentiments de culpabilité vraiment mineurs . Par la suite, l'anxiété et l'insomnie (qu'il décrit comme une difficulté à s'endormir, pensant sans cesse à l'accusation portée contre lui, avec des réveils fréquents, sont telles que l'hospitalisation devient préférable). "Les idées de suicide, je les ai simplement effleurées, je ne pense pas que je serais allé jusque là".

La personnalité de Monsieur B... est paranoïaque et surtout obsessionnelle: Il a un sens aigu du devoir moral, il est toujours très méticuleux dans

son travail, adore le bricolage, a également un certaine surestimation de lui-même . De plus il se considère comme "inquiet". Chez ce malade, on ne peut certes pas parler de névrose obsessionnelle, mais il a pourtant quelques traits névrotiques . Au bout d'une semaine d'hospitalisation, Monsieur B... se sent beaucoup mieux, (d'autant plus que l'affaire s'est arrangée) et pourra bientôt retravailler . La dépression était certes réactionnelle, mais Monsieur B..., lui même exprime l'aspect névrotique de sa dépression : "Je ne comprends pas pourquoi j'ai réagi de cette façon".

OBSERVATION N° 5

Madame J... 35 ans est placée d'office : au cours d'une ivresse dépressive elle a tenté de se faire écraser par une voiture, mais elle a pu être évitée par cette dernière . Elle se présente comme triste, mais répond facilement aux questions qu'on lui pose, et d'enblée se plaint de fatigue . Son agressivité est clairement exprimée : "je suis fatiguée, je suis dégoutée de tout . Interrogez-moi, je répondrai aux questions . J'en avais marre, je ne suis laissée aller . "(par la suite elle nous dira qu'en fait "elle n'avait pas voulu se suicider) . Son regard est fuyant, avec cependant un sourire au coin des lèvres . Ses réponses sont entrecoupées de pleurs, son anxiété nettement démonstrative . Sous un masque d'agressivité et d'autodépréciation, elle recherche avidement un contact : "J'ai raconté mon histoire trente six fois, j'en ai assez, je suis malheureuse . Si j'avais eu plus de chance dans la vie j'aurai sûrement fait quelque chose de mieux".(Elle va vraiment au devant de la revalorisation dont elle a besoin).

Sa biographie est celle d'une "abandonnique". Abandonnée par ses parents à la naissance, elle a été élevée successivement par deux nourrices .

La première "était très méchante et la battait". "On ne jetait la pierre parce que je n'avais pas de parents". De neuf à quatorze ans, elle va vivre chez une seconde nourrice "qui était très gentille". Sa scolarité se fait normalement, elle passe son certificat d'études . Entre 14 et 17 ans elle est pensionnaire, à 17 ans elle fait une "dépression nerveuse avec crise de nerfs", secondaire à la mort de sa seconde nourrice qu'elle aimait tant . 3 semaines de repos et l'état dépressif était guéri . A 17 ans, elle est bonne à tout faire . Elle se marie à 20 ans avec un ouvrier qui fait quelques mois plus tard de la prison et la quitte dès la naissance de son premier enfant . A 27 ans, après avoir exercé différents métiers provisoires, elle se remarie avec un maçon dont elle a actuellement 4 enfants . Mais son mari est jaloux, et l'a mise à la porte il y a trois ans, (à partir de cette époque, la malade s'est mise à boire) , l'a reprise avec lui, puis l'a renvoyée à nouveau, il y a peu de temps . Ceci a créé chez Madane J... un épisode dépressif bien plus fort que ceux qu'elle avait pu initialement connaître . Elle va vivre à l'hôtel, fait des ménages, "se met à se désintéresser de tout à se sentir complètement fatiguée, sans volonté", jusqu'à sa tentative de suicide récente . Sur sa personnalité il faut noter des traits hystériques, du masochisme, et surtout une grande immaturité affective . Sur le plan nosographique, cette malade se rapproche beaucoup plus des psychopathes que des névrosés, et si l'on parle pour elle de dépression névrotique, c'est dans le sens d'une dépression réactionnelle de séniologie névrotique.

OBSERVATION N° 6

Monsieur V... 23 ans hospitalisé pour tentative de suicide, est déprimé depuis 10 jours à la suite d'une déception sentimentale . Maître d'hôtel il travaillait dans un petit cabaret parisien, et vient d'être licencié

car la maison a fait faillite . Bien sûr, ce problème de travail l'ennuie un peu, mais il reste accessoire . Depuis 4 mois Monsieur V... entretenait des rapports sentimentaux avec la patronne du cabaret où il travaillait . Elle l'a quitté il y a quinze jours, ce qui occasionna "un choc terrible" dit-il . De plus, Monsieur V... est divorcé . (un procès est actuellement en cours pour savoir s'il aura la garde de sa petite fille de 3 ans ce qu'il souhaite).

Cet ensemble de problèmes a créé en lui un état dépressif, qu'il raconte ainsi : "depuis huit jours, je suis complètement dégoûté de tout, rien ne m'intéresse . Je ne sortais même plus de chez moi, où je restais à trainer, à ne rien faire . Pendant 3 jours je n'ai pratiquement rien mangé, je dormais par ailleurs très mal". Monsieur V... vit avec son jeune frère, et celui-ci l'avait trouvé depuis une semaine, particulièrement "désagréable à vivre" . Il y a quatre jours Monsieur V... s'est légèrement sectionné le poignet, mais s'est fait une entaille peu profonde, et s'est fait lui-même un pansement . Il ne voulait pas aller consulter pour sa dépression, préférant rester chez lui inactif, parfois très anxieux, comme "surexité" dit-il . Ceci nous amène au jour où il écrivit une lettre expliquant qu'il se donne la mort en raison de cette déception sentimentale . Il a sélectionné soigneusement les médicaments dans sa pharmacie personnelle, il les a pris le soir, et son frère rentrant le lendemain matin l'a fait hospitaliser en état de coma léger.

Sa biographie apporte quelques éléments intéressants : ses parents sont morts tous les deux quand il était très jeune, il a été élevé par une tante, "qui était très gentille pour moi mais qui n'a pas remplacé mes parents". Après des études primaires, il est rentré à l'école d'hôtellerie, il est professionnellement très bien noté . C'est son premier épisode dépressif, sa première tentative de suicide . A part sa femme avec laquelle il a vécu 3 ans, il n'a pas eu d'autres liaisons, et dit-il "avait tout misé sur celle-ci". Ses amis le décrivent comme un "bon vivant", aimant plaisanter, amusant, recherchant la compagnie des autres". En fait, ceci n'est qu'une façade "j'ai souvent l'air joyeux, en fait,

je suis très souvent inquiet, je ne fais de la bile pour des riens, et sans raison..."

Au bout d'une semaine d'hospitalisation, son état est satisfaisant, et il peut quitter l'hôpital désirant retravailler au plus vite . Cette observation très banale nous place au coeur du problème nosographique : ce sujet est simplement un anxieux, il n'est pas vraiment "névrosé" . Sa dépression est réactionnelle, il est allé pourtant jusqu'à la tentative de suicide . On peut en tout cas parler de lui de "dépression réactionnelle névrotique", car il n'a eu aucun comportement psychotique.

OBSERVATION N° 7

Madame M... 40 ans, est hospitalisée pour tentative de suicide ; coma barbiturique sérieux . Elle est déprimée d'une manière plus ou moins chronique depuis plusieurs années, et tout spécialement depuis un mois . Elle est secrétaire de Direction et a la responsabilité d'une dizaine de dactylos . Elle s'est déjà plainte de fatigue . Un matin son supérieur lui fait remarquer que tout le monde est fatigué : cette réflexion la contrarie beaucoup . Au déjeuner elle prend quelques tranquillisants pour calmer son anxiété, conséquence de sa contrariété . La dose, trop forte, l'empêche de retourner travailler l'après midi . Le lendemain on lui reproche son absence . Ce nouveau reproche dit-elle a été pour moi, "la goutte d'eau qui a fait déborder le vase" . Elle s'est sentie complètement inhibée, avec des sentiments d'autodépréciation : "Je n'ai que des malheurs dans la vie, jamais je n'arriverais à rien " se disait-elle . Elle n'est pas retournée à son travail, restant chez elle où elle vit seule, puis a fait sa tentative de suicide . Celle-ci a été découverte par un voisin, il ne s'agissait pas d'un "chantage".

Envisageons simultanément sa biographie et son histoire clinique . Elle a toujours été élevée par ses parents dans des conditions normales . Dans son enfance, on la disait nerveuse et turbulente . Plus tard, elle a fait des études de Secrétariat . Ce travail lui plaît, mais elle aurait préféré "s'occuper de malheureux, ou être infirmière". Elle se marie à 24 ans, mais divorce au bout de deux ans . A la suite de la mort de son enfant de six mois, elle a eu une période dépressive qu'elle se rappelle fort bien, et qui était faite avant tout de sentiments de dépersonnalisation : "je planais, c'était comme si le sol n'existait plus, comme si je marchais sur de la ouate, je ne savais même plus si souffrir existait..." Cet épisode avait duré quelques mois au cours desquels elle a continué de travailler . Par la suite, elle a une liaison qui dure 3 ans . Depuis une dizaine d'années elle est chef de service vit seule, sans amis ("j'ai peur de déranger les autres"dit-elle). Depuis plusieurs années, elle se sent fatiguée : elle a pris des fortifiants variés, elle s'est même fait faire hospitaliser en clinique il y a 6 ans pour une cure de sommeil, pour cette fatigue . De plus elle a eu des périodes de rétention d'urine, d'origine purement psychique, traitées par tranquillisants . Elle a aussi parfois des manifestations d'angoisse avec palpitations, et un érythème au niveau du cou qui survient quand elle est contrariée . Notons qu'il n'a jamais été dans son habitude d'être irritable.

Elle attribue sa fatigue et autres troubles à un excès de travail, mais il est intéressant de voir comment elle considère elle-même celui-ci : "C'est plus fort que moi, depuis plusieurs années, il faut que je ne tue au travail . Mon travail, c'est ma vie, je ne pense qu'à cela à la maison J'en rêve très souvent la nuit . J'adore avoir des responsabilités, et j'aime que tout soit bien fait . Je reste souvent faire des heures supplémentaires le soir ou le samedi pour que ce soit mieux fait . je ne sens tellement fatiguée et pourtant il faut que je continue, malgré moi . Mon travail c'est mon opium..." . Sa personnalité est celle d'une "sensitive" . ("Je n'aime pas m'imposer aux gens, c'est pourquoi je vis seule, sans amis, je suis très timide") avec des traits obsessionnels (Dans son travail, nous avons vu qu'elle est très perfectionniste).

Au bout d'une semaine d'hospitalisation, son état dépressif s'est peu amélioré, elle pense toujours à mourir, demandant comment il faut faire "pour ne pas se rater". L'importance de l'inhibition pendant cette période permet de parler d'intensité "psychotique", bien qu'il n'y ait absolument aucun délire . Au bout de 3 semaines, grâce au traitement antidépresseur elle peut quitter l'hôpital . Cet état dépressif correspond à la "dépression d'épuisement", et l'épisode actuel est causé par un motif futile . Dans ce cas précis l'hyperactivité dans le travail correspond à des problèmes névrotiques : elle nous dit elle-même "non travail c'est non opium."

Les observations n° 1 - 2 et 5 ont été prises dans le service
du Professeur J. DELAY

Les observations n° 3 - 4 - 6 - 7 ont été prises dans le service
du Docteur M. PESTEL.

C O N C L U S I O N S

Une étude historique nous a montré comment la dépression névrotique hérite des concepts de neurasthénie, des formes mineures de mélancolie, plus accessoirement de la psychasthénie, et surtout du concept de dépression réactionnelle. En 1945 aux Etats Unis cette dépression réactionnelle fut remplacée par la "réaction dépressive névrotique", qui fut définie comme une dépression réactionnelle de séniologie névrotique. Comme la dépression réactionnelle était déjà mal définie, cette imprécision s'est reportée sur le terme dépression névrotique.

Une étude clinique des dépressions névrotiques nous a montré une grande analogie avec l'historique : en effet, cliniquement elles se définissent d'abord par ce qu'elles ne sont pas. Après avoir éliminé une dépression mélancolique endogène - et nous avons vu que cette délimitation clinique est loin d'être toujours facile - et la dépression atypique, on a le droit de parler de dépression névrotique. Isoler une dépression réactionnelle à côté d'une dépression névrotique nous semble d'un intérêt surtout clinique. Quant à la dépression d'épuisement sa situation nosographique est mal définie.

Après cette délimitation clinique provisoire, nous avons vu comment certains symptômes sont assez spécifiques de la dépression névrotique : l'anxiété, d'un caractère souvent démonstratif, l'asthénie, la réactivité des symptômes, la possibilité d'une augmentation du sommeil et de l'appétit, enfin, une certaine distance, névrotique, que le malade établit entre lui et ses symptômes, notamment à propos de son autodépréciation.

Certaines formes cliniques nous ont paru intéressantes à envisager : formes anxieuses, formes hypochondriaques, formes asthéniques, formes pseudo-mélancoliques, névrose de dépersonnalisation.

Une étude clinique, faite cette fois selon la structure des troubles névrotiques sous-jacents, nous montre comment celle-ci oriente la sémiologie autour de deux pôles : hystérique et obsessionnel.

La tentative de suicide fait partie de la clinique des dépressions névrotiques, mais ce critère ne permet pas de définir le concept car le déprimé névrotique peut se suicider tout comme le mélancolique.

L'apport psychanalytique a été envisagé dans une optique avant tout clinique : certains symptômes, comme l'augmentation du sommeil et de l'appétit, l'apparition de nouvelles obsessions, sont considérés par les psychanalystes, comme des moyens de défense contre la dépression : de plus, la psychanalyse nous montre qu'avec un déprimé névrotique, la relation médecin-malade prend un aspect particulier : le malade s'exprimant indirectement par ses symptômes attend une revalorisation du médecin.

Enfin, nous avons envisagé , ce que les auteurs entendent par dépression névrotique : critère clinique qualitatif, critère clinique quantitatif, critère étiologique, critère psychopathologique, et aussi critère "historique".

Ainsi, il nous semble que dans une classification des états dépressifs on doit certes respecter la dichotomie dépression endogène, dépression psychogène . Mais on peut aussi introduire dans la notion de dépression psychogène, un critère clinique de gravité : état névrotique ou état psychotique, et faire ainsi une place aux dépressions psychogènes, réactionnelles, mais de gravité psychotique . Le terme mélancolie, si on veut le conserver, ne devrait être utilisé que pour les dépressions endogènes majeures par opposition aux dépressions endogènes mineures.

Ce qui finalement donnerait :

dépression endogène, que l'on peut subdiviser en majeure mélancolique et mineure, dépression psychogène (réactionnelle), névrotique, dépression psychogène (réactionnelle) psychotique.

Quant à la psychopathologie, elle nous semble trop mal connue pour être utilisée comme critère de classification. La dépression névrotique prendrait ainsi la signification simple de dépression psychogène, réactionnelle, de gravité faible ou moyenne, et sa définition serait précise, puisque faisant appel à un double critère étiologique et clinique.

Vu le Président de Thèse
Professeur P. PICHOT

Vu le Doyen de la Faculté
Professeur G. BROUET

Vu et permis d'imprimer
Le Recteur de l'Académie de Paris
J. ROCHE

B I B L I O G R A P H I E

- ASCHER E. A CRITICISM OF THE CONCEPT OF NEUROTIC DEPRESSION AMERICAN
JOURNAL OF PSYCHIATRY, 1952 , Vol 108 , p. 901-908
- AYD F. J. Jr LES DEPRESSIONS ET LEUR DIAGNOSTIC, P.U.F., PARIS 1965
- BARANDE R. APERCU CLINIQUE DE LA DEPRESSION NEVROTIQUE . PERSPECTIVES
PSYCHIATRIQUES 1963, III, p 13 -19.
- BLINDER M.G. THE PRAGMATIC CLASSIFICATION OF DEPRESSION - THE AMERICAN
JOURNAL OF PSYCHIATRY, 1966 p, 259-269
- BOEGNER - PLICHET M.A. LES DEPRESSIONS MINEURES
LA VIE MEDICALE, JUILLET 1966, 47, P.989-996.
- CARNEY M.W.P. ROTH M. et GARSIDE R.F. THE DIAGNOSIS OF DEPRESSIVE SYNDROME
AND THE PREDICTION OF E.C.T. RESPONSE
BRITISH JOURNAL OF PSYCHIATRY, 1965, vol III, p.659-674.
- COSTELLO C.G. et SELBY M.M. THE RELATIONS SHIP BETWEEN SLEEP PATTERNS AND
REACTIVE AND EN DOGENOUS DEPRESSIONS.
BRITISH JOURNAL OF PSYCHIATRY, 1965, vol III P. 497-502.
- CURRAN D. THE DIFFERENCIATION OF NEVROSES AND MANIC-DEPRESSIVE PSYCHOSES
JOURNAL OF MENTAL SCIENCE, 1937, 83, P, 156 - 174.

DELAY J. LES DEREGLEMENTS DE L'HUMEUR P.U.F. PARIS 1961

DELAY J., PICHOT, MIROUZER. et PEYROUZET J.M. LA NOSOLOGIE DES ETATS DEPRESSIFS

RAPPORTS ENTRE L'ETIOLOGIE ET LA SEMIOLOGIE - I - POSITION DU
PROBLEME, L'ENCEPHALE,

NOV - DEC 1963, 52 n°6 P. 481- 496

DELAY J., PICHOT P., LEMPERIERE T. et MIROUZE R. LA NOSOLOGIE DES ETATS

DEPRESSIFS . RAPPORTS ENTRE L'ETIOLOGIE ET LA SEMIOLOGIE -II-
RESULTATS DU QUESTIONNAIRE DE BECK .

L'ENCEPHALE , NOV-DEC 1963, 52, n°6 497- 505.

DELAY J., PICHOT P., LEMPERIERE T. et PERSE J. LA NOSOLOGIE DES ETATS DEPRES-

SIFS . RAPPORTS ENTRE L'ETIOLOGIE ET LA SEMIOLOGIE . III .
RESULTATS DE L'ECHELLE D'APPRECIATION DE WITTENBORN .

L'ENCEPHALE JANV.FEVRIER 1964,53 N° 1,5,18.

DELAY J., PICHOT P., PERSE J., et GENOU A.M. LA NOSOLOGIE DES ETATS DEPRES-

SIFS . RAPPORTS ENTRE L'ETIOLOGIE ET LA SEMIOLOGIE. IV RESULTATS
DU TEST DE NIVEAU D'ASPIRATION . L'ENCEPHALE JANV.FEV. 1964, 53
N° 1, 19, 34.

DES LAURIERS A. LE RISQUE DE SUICIDE CHEZ LES DEPRIMES. REVUE DU PRATICIEN
1er OCT. 1963, XIII, 25, 3055, 3060.

EY. H. CONTRIBUTION A L'ETUDE DES RELATIONS DES CRISES DE MELANCOLIE
ET DES CRISES DE DEPRESSION NEVROTIQUE . L'EVOLUTION PSYCHIA-
TRIQUE, JUIL, SEPT N°3 P. 532 - 553;

EY . H. ETUDES PSYCHIATRIQUES . TOME III . STRUCTURE DES PSYCHOSES AIGUES
ET DESTRUCTURATION DE LA CONSCIENCE : ETUDE N°22 . MELANCOLIE
ET ETUDE N°25 PSYCHOSES PERIODIQUES MANIACO-DEPRESSIVES . ED
DESCLEE DE BROUWER, PARIS 1954

- FERRARO NOSOLOGIE POSITION OF NEURASTHENIA IN PSYCHIATRY .
JOURNAL OF NERVOUS AND MENTAL DISEASE, 1954, p.299- 314
- FOLLIN S. SEMIOLOGIE DES ETATS DEPRESSIFS . REVUE DU PRATICIEN 1er OCT.
1963, XIII, 25,2987, 2998.
- FOLLIN S et AZOULAY J. LES ALTERATIONS DE LA CONSCIENCE DE SOI . ENCYCLOPEDIE
MEDICO-CHIRURGICALE, 37 125 A 10
- FREUD S. DORA, UN CAS D'HYSTERIE, IN CINQ PSYCHANALYSE , 1935
- GIBERTI F. HYPOCHONDRIE ET DEPRESSION ENDOGENE . EVOL PSYCHIATRIQUE
1965, 30, I, 97 - 110
- GILLEPSIE R.O. THE CLINICAL DIFFERENCIATION OF TYPES OF DEPRESSION GUY'S
HOSPITAL REPORTS, 79, 306, 1929
- GITTLESON N.C. DEPRESSIVE PSYCHOSIS IN THE OBSESSIONNAL NEUROTIC
BRITISH JOURNAL OF PSYCHIATRY, 1966, P.883
THE RELATIONSHIP BETWEEN OBSESSIONS AND SUICIDAL . ATTEMPS
IN DEPRESSIVE PSYCHOSIS . BRIT. JOURN. OF PSYCHIATRY 1966, P 889
- GREEN A. OBSESSIONS ET PSYCHOMEVROSE OBSESSIONNELLE : RELATION ENTRE
LES OBSESSIONS ET LES AUTRES ENTITES CLINIQUES . ENCYCLOPEDIE
MEDICO-CHIRURGICALE 37 370 C 10, 1965.
- HAMILTON M. ET WHITE J. CLINICAL SYNDROMES IN DEPRESSIVE STATES . JOURNAL
OF MENTAL SCIENCE, 1959, 105 p. 985- 998
- HARROUWES W. Mc C. THE DEPRESSIVE REACTION TYPES . J. MENT. SC. 79, 255, 1933.
- KIELHOLZ P. CLINIQUE, DIAGNOSTIC DIFFERENTIEL ET TRAITEMENT DES ETATS
DEPRESSIFS, DOCUMENTA GEIGY, ACTA PSYCHOSOMATICA N°2, BALE
1959.

- KILOH L.C. et GARSIDE R.F. THE INDEPENDANCE OF NEUROTIC DEPRESSION AND ENDOGENOUS DEPRESSION BRIT. J. OF PSYCHIATRY, 1953, 109, P.451-453
- KOUPERNIK C. LES DEPRESSIONS . CONCOURS MEDICAL, 9 Mai 1964, 86, 19
- LAMBERT P.A. LES ETATS DEPRESSIFS , TOME II, SYNTHESES CLINIQUES, 1960
ED. J. GARNIER.
- LE MAPPIAN M. ASPECTS CLINIQUES DES ETATS DEPRESSIFS - ENCEPHALE , 1949
38, 5, p.220-244.
- LE MAPPIAN M. LES ETATS DEPRESSIFS ET LA NOTION DE REACTION . ENTRETIENS
PSYCHIATRIQUES 1952, p.171- 197, ED. L'ARCHE PARIS
- LEMPERIERE T. LES DEPRESSIONS PSYCHOGENES . REVUE DU PRATICIEN . 1er OCTOBRE
1963, 25, 3021 - 3031.
- LEWIS A.J. STATES OF DEPRESSION : THEIR CLINICAL AND ETIONOGICAL .
DIFFERENCIATION . BRIT. MED. JOURNAL?, 2, 875, 1938
- LEWIS A.J. MELANCHOCIA : A CLINICAL, SURUEY OF DEPRESSIVE STATES,
JOURNAL OF MENTAL SCIENCE, 80, P.277, 1934.
- MALLET J. LA DEPRESSION NEVROTIQUE . L'EVOLUTION PSYCH . 1955, 3,485,503
- NACHT S. et RACAMIER P.C. LES ETATS DEPRESSIFS ETUDE PSYCHANALYTIQUE .
REVUE FRANCAISE DE PSYCHANALYSE , 1959, 5, p.567 - 605.
- PICHOT P. LA NOSOLOGIE DES ETATS DEPRESSIFS . BASES ETIOLOGIQUES . ACTA
PSYCHOSOMATICAN 1959, DOCUMENTA GEIGY.
- PICHOT P. LES ASPECTS SYMPTOMATIQUES DES ETATS DEPRESSIFS . ARCHIVES
SUISSSES DE NEUROLOGIE, NEUROCHIRURGIE et PSYCHIATRIE 1964,
94, 392, 410.

PICHOT P. et LEMPERIERE T. ANALYSE FACTORIELLE D'UN QUESTIONNAIRE D'AUTOEVALUATION DES SYMPTOMES DEPRESSIFS . REVUE DE PSYCHOLOGIE APPLIQUEE 1964, 14, P. 15-29.

PICHOT P. PIRET J. et CLYDE D.J. ANALYSE DE LA SYMPTOMATOLOGIE DEPRESSIVE SUBJECTIVE. REV. PSYCHOL. APP. 1966, 16, p.105 -115.

RACLOT M. TROUBLES DE L'HUMEUR ASTHENIE ET DEPRESSION . ENCYC. MED. CHIR. 1955, 37, 110 A 10

RADO THE PROBLEM OF MELANCHOCIA - INT. JOURN. PSYCHO AN. IX 1928

RLSER M. LABOUCAIRES J. PEYREVIDAL, LACASSIN A. et LACASSIN P.
FORMES ATYPIQUES ET MECONNUES DE LA MELANCOLIE . ANNAL. MEDICO-PSYCHOLOGIQUES 1961 , I, P. 417 - 445.

ROGERSON C.H. THE DIFFERENCIATION OF NEUROSIS AND PSYCHOSIS WITH SPECIAL REFERENCES TO STATES OF DEPRESSION AND ANXIETY.
J. OF MENT. SC. 1940, 86, 632, 644.

SAULNIER J. LA TENTATIVE DE SUICIDE, SA PREVENTION ET SA POSTCURE . REVUE DU PRATICIEN, 21 NOV 1965, XV 30, 3959 - 3968.

STENGEL E. A. STUDY ON SOME CLINICAL ASPECTS OF THE RELATIONSHIP BETWEEN OBSESSIONNAL NEUROSIS AND PSYCHOTIC REACTION TYPES .
JOURNAL OF MENTAL SCIENCE 1945,91, p.166, 187.

STENSTEDT A. GENETICS OF NEUROTIC DEPRESSION ACTA PSYCHIATRICA SCANDINAVICA 1966 p. 392 - 409.

SYMPOSIUM SUR LES ETATS DEPRESSIFS PARIS 21 NOV. 1954
EVOL. PSYCH. 1955, III, p. 459 -585

POLLIT J.D. SUGGESTIONS FOR A. PHYSIOLOGICAL CLASSIFICATION OF DEPRESSION :
BRIT.J. OF PSYCH. 1965 p. 489 - 495

WINOKUR et PITTS AFFECTIVE DISORDERS IS REACTIVE DEPRESSION AN ENTITY ?
JOURNAL OF NERVOUS AND MENTAL DISEASE, 1964, I p. 541 -547.

WEITBRECHT H.J. DEPRESSIVE UND MANISCHE ENDOGENE PSYCHOSEN IN PSYCHIATRIE
DER GEGENWART (FORSCHUNG UND PRAXIS), TOME II p.73-88
SPRINGER VERLAG 1960.

T A B L E

INTRODUCTION.....	page 1
 <u>CHAPITRE I : ETUDE HISTORIQUE DE LA DEPRESSION NEVROTIQUE</u>	" 4
I LA NEURASTHENIE.....	" 4
II PSYCHASTHENIE.....	" 6
III LES FORMES MINEURES DE MELANCOLIE ET LES RELATIONS NEURASTHENIE-MELANCOLIE.....	" 7
IV DE LA DEPRESSION REACTIONNELLE.....	" 8
V A LA DEPRESSION NEVROTIQUE.....	" 11
 <u>CHAPITRE II : DELIMITATION CLINIQUE PROVISOIRE DE LA DEPRESSION NEVROTIQUE.....</u>	" 14
A/ PAR RAPPORT A LA MELANCOLIE	" 14
I Les premiers éléments qui orientent cette délimitation	" 15
II <u>Délimitation clinique proprement dite.....</u>	" 16
III <u>Limites de ce schéma clinique :.....</u>	" 21
B / PAR RAPPORT A LA DEPRESSION REACTIONNELLE.....	" 21
C/ PAR RAPPORT A LA DEPRESSION D'EPUISEMENT.....	" 23
D/ PAR RAPPORT A LA DEPRESSION ATYPIQUE.....	" 25
 <u>CHAPITRE III : ETUDE CLINIQUE DES DEPRESSIONS NEVROTIQUES.....</u>	" 26
Circonstances pratiques dans lesquelles nous apparaît le malade	" 27

A / SEMIOLOGIE GENERALE DES DEPRESSIONS NEVROTIQUES	P. 2
I Le syndrome d'inhibition psychique.....	" 28
II Le syndrome affectif.....	" 29
III Le syndrome physique	" 32
IV La réactivité des symptômes.....	" 33
B / ETUDE DE QUELQUES FORMES SEMIOLOGIQUES.....	" 34
1 Formes anxieuses	" 34
2 Formes asthéniques.....	" 35
3 Formes hypochondriaques.....	" 36
4 Névrose de dépersonnalisation.....	" 36
5 Formes "pseudo mélancoliques".....	" 37
C / SEMIOLOGIE DE LA DEPRESSION NEVROTIQUE SUIVANT LA STRUCTURE DES TROUBLES NEVROTIQUES SOUS JACENTS.....	" 37
1 chez l'hystérique.....	" 37
2 chez l'obsessionnel.....	" 38
3 le type intermédiaire	" 39
CHAPITRE IV : PROBLEME DU SUICIDE DANS LES DEPRESSIONS NEVROTIQUES.....	" 40
CHAPITRE V : L'APPORT PSYCHANALYTIQUE.....	" 43
1 l'apport psychanalytique en général.....	" 43
2 L'agressivité du déprimé	" 44
3 Les modes de défense contre la dépression.....	" 45
4 Un aspect particulier "relationnel" de la dépression névrotique	" 46
CHAPITRE VI..COMMENT A-T-ON PU DEFINIR LA DEPRESSION NEVROTIQUE	" 49
CONCLUSION GENERALE	" 66
OBSERVATIONS PERSONNELLES.....	" 53

